

16b - L'assurance vieillesse volontaire des tierces personnes bénévoles

Les personnes qui, sans recevoir de rémunération, remplissent effectivement les fonctions et obligations de tierce personne auprès de leur conjoint ou d'un membre de leur famille en situation de handicap sont, sur leur demande, affiliées à l'assurance vieillesse volontaire si elles ne relèvent pas de l'assurance vieillesse obligatoire gratuite.

Pour en bénéficier, vous devez :

- ne pas être affilié à un autre titre,
- exercer une activité de tierce personne bénévole,
- avoir un lien familial avec la personne aidée, personne qui se trouve en situation de handicap.

Vous devez adresser votre demande à votre caisse primaire d'assurance maladie dans les 10 ans suivant le début de votre activité de tierce personne ou à compter de la date à laquelle vous cessez de relever de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Pour aller plus loin :

Fiche pratique 16a « L'assurance vieillesse obligatoire gratuite des tierces personnes bénévoles »
Fiche pratique 16e « Le rachat de cotisations d'assurance vieillesse par les tierces personnes »

16b - L'assurance vieillesse volontaire des tierces personnes bénévoles

Les tierces personnes bénévoles qui ne remplissent pas les conditions pour relever de l'assurance vieillesse obligatoire peuvent bénéficier de l'assurance vieillesse volontaire.

I. Qui peut bénéficier de l'assurance vieillesse volontaire des tierces personnes bénévoles ?

Pour pouvoir bénéficier du dispositif d'assurance volontaire, vous devez remplir les conditions suivantes :

1/ Exercer une activité de tierce personne bénévole :

Vous devez remplir de manière effective les fonctions et obligations de tierce personne, sans recevoir de rémunération.

2/ Avoir un lien familial avec la personne en situation de handicap :

Vous devez exercer l'activité de tierce personne auprès de votre conjoint ou d'un membre de votre famille en situation de handicap : ascendant, descendant, collatéral ou allié jusqu'au 3^{ème} degré.

3/ Ne pas être affilié à l'assurance vieillesse obligatoire gratuite :

Vous ne devez pas pouvoir prétendre au dispositif d'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des tierces personnes bénévoles.

4/ La personne aidée doit avoir médicalement besoin d'une tierce personne :

La personne handicapée doit être médicalement reconnue comme étant dans l'obligation de recourir à l'assistance constante d'une tierce personne. Cette condition est justifiée par tout document de nature à établir que la personne infirme ou invalide est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie (c'est-à-dire des actes essentiels tels que se lever, se coucher, se vêtir, se mouvoir, manger ou satisfaire ses besoins naturels) à l'assistance constante d'une tierce personne :

- soit un document justifiant que l'intéressé est bénéficiaire d'une allocation ou majoration pour tierce personne ;

- soit une décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;

- soit, en cas de décès de la personne assistée, un document, médical ou autre, de nature à mettre en évidence une situation pathologique nettement établie.

II. Où adresser la demande ?

Vous devez adresser votre demande à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont vous relevez, dans un délai de 10 ans à compter du début de votre activité au service de la personne en situation de handicap ou à compter de la date à laquelle les intéressés cessent de relever de l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale.

Vous devez joindre à la demande les pièces suivantes :

- une déclaration signée de votre part attestant sur l'honneur que vous assumez effectivement auprès de votre conjoint ou d'un membre de votre famille en situation de handicap, sans recevoir de rémunération, les fonctions et obligations de la tierce personne ;
- une pièce justifiant de votre qualité de conjoint, d'ascendant, de descendant, de collatéral ou d'allié jusqu'au 3^{ème} degré de la personne en situation de handicap à l'assistance duquel vous consacrez votre activité ;
- une fiche d'état civil ;
- une attestation de domicile (facture EDF, téléphone...) ;
- tout document de nature à établir que la personne en situation de handicap est dans l'obligation d'avoir recours pour accomplir les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne.

Après examen du droit, si les conditions sont remplies, l'affiliation prend effet à compter du 1^{er} jour du trimestre civil suivant la demande.

Toutefois, elle peut, à votre demande, prendre effet à compter du 1^{er} jour du trimestre au cours duquel la demande est présentée.

III. Quel est le montant des cotisations versées ?

La CPAM porte à votre connaissance et celle de la personne en situation de handicap le montant des cotisations trimestrielles à payer. La cotisation des assurés est calculée sur la base d'une assiette forfaitaire égale, par mois, à 169 fois le salaire horaire minimum de croissance en vigueur au 1er juillet de l'année civile précédente.

Les cotisations doivent être réglées d'avance, par trimestre.

Vous n'avez plus à verser ces cotisations trimestrielles dès lors que vous commencez à percevoir votre pension de retraite.

IV. Que se passe-t-il en cas de non versement des cotisations ?

Si vous ne versez pas la cotisation trimestrielle à la date prévue, vous pouvez être exclu de l'assurance volontaire.

La caisse primaire envoie au préalable un avertissement, par lettre recommandée, vous invitant à régulariser votre situation dans les 15 jours à compter de la réception de l'avertissement préalable.

A défaut de régularisation, la caisse procède à votre désinscription. Celle-ci prend effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit la demande et comporte, éventuellement, le remboursement partiel des cotisations acquittées au titre du trimestre ou au cours de l'année civile considérée.

V. Comment résilier l'affiliation à l'assurance vieillesse volontaire ?

Vous avez la faculté de demander la résiliation de votre assurance par simple lettre adressée à la CPAM compétente. La résiliation prend effet à compter du 1^{er} jour du mois qui suit votre demande et comporte, éventuellement, le remboursement partiel des cotisations acquit-

tées au titre du trimestre ou de l'année civile considéré.

VI. Comment contester la décision ?

1/ Recours contre les décisions de nature administrative :

- Recours amiable : il est obligatoire que la réclamation soit en 1^{er} lieu soumise à la commission de recours amiable de la caisse ayant rendu la décision. Cette commission doit être saisie dans le délai de 2 mois à compter de la notification de la décision litigieuse.

- Recours contentieux : postérieurement à la phase amiable, un recours pourra être porté devant le tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) dans les 2 mois suivant la notification de la décision ou suivant le mois de silence de la commission valant rejet.

2/ Recours contre les décisions de nature médicale :

Le recours doit être porté devant le tribunal du contentieux de l'incapacité (TCI) dans les 2 mois suivant la notification de la décision.

En appel, le recours doit être formé devant la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification de l'assurance des accidents du travail (CNITAAT) dans le délai d'un mois à compter de la notification de la décision prise par le TCI.

Textes de référence :

*Article L.742-1 du code de la sécurité sociale
Articles R742-6 à R.742-15 du code de la sécurité sociale*

Pour en savoir plus :

www.legislation.cnaf.fr

<http://vosdroits.service-public.fr>