

N° 53

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1984-1985

Annexe au procès-verbal de la séance du 31 octobre 1984.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Lois constitutionnelles, de Législation, du Suffrage universel, du Règlement et d'Administration générale (1) sur le projet de loi améliorant l'information des assurés et la transparence des contrats d'assurance-vie et de capitalisation.

Par M. Pierre CECCALDI-PAVARD,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jacques Larché, président ; Edgar Tailhades, Louis Virapoullé, Charles de Cuttoli, Paul Girod, vice-présidents ; Charles Lederman, François Collet, Pierre Salvi, Germain Authié, secrétaires ; MM. Jean Arthuis, Alphonse Arzel, Gilbert Baumet, Marc Bécam, Christian Bonnet, Raymond Bouvier, Pierre Brantus, Pierre Ceccaldi-Pavard, Michel Charasse, Félix Ciccolini, Henri Collette, Etienne Dailly, Michel Darras, Luc Dejoie, Jacques Eberhard, Edgar Faure, Jean Geoffroy, François Giacobbi, Michel Giraud, Jean-Marie Girault, Daniel Hoeffel, Charles Jolibois, Mme Geneviève Le Bellegou-Béguin, MM. Bastien Leccia, Roland du Luart, Jean Ooghe, Charles Ornano, Hubert Peyou, Roger Romani, Marcel Rudloff, Michel Rufin, Jacques Thyraud, Jean-Pierre Tizon.

Voir le numéro :
Sé debates : 23 (1984-1985).

Assurances.

SOMMAIRE

| | Pages. |
|---|--------|
| EXPOSÉ GÉNÉRAL | 3 |
| I. — L'ASSURANCE DANS L'ÉCONOMIE FRANÇAISE | 5 |
| A. — LES ENTREPRISES D'ASSURANCES : DES AGENTS ÉCONOMIQUES DE TOUT PREMIER PLAN | 5 |
| 1. — Le chiffre d'affaires intérieur | 5 |
| 2. — Les entreprises : effectif, répartition par dimension, catégorie juridique et type d'activité ; personnel employé ; répartition des parts du marché | 6 |
| 3. — La concentration | 11 |
| 4. — La place de l'assurance française sur le marché international .. | 13 |
| — l'assurance dans le monde | 13 |
| — la part de l'assurance française | 14 |
| — l'activité de l'assurance française à l'étranger | 14 |
| B. — LE RÔLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE EN TANT QU'INTERMÉDIAIRES FINANCIERS ET « INVESTISSEURS INSTITUTIONNELS » | 15 |
| 1. — L'assurance-vie dans l'épargne et le patrimoine des ménages ... | 15 |
| 2. — Les entreprises d'assurance : investisseurs institutionnels | 16 |
| II. — L'ÉTAT DU DROIT EN MATIÈRE D'ASSURANCE | 18 |
| A. — LA LÉGISLATION RELATIVE AUX ASSURANCES | 18 |
| B. — LA CLASSIFICATION JURIDIQUE DES ASSURANCES | 20 |
| 1. — Assurances de personnes et assurances de dommages | 20 |
| 2. — « Assurances de répartition » et « assurances de capitalisation » | 22 |
| III. — L'ASSURANCE-VIE ET LES OPÉRATIONS DE « CAPITALISATION » .. | 23 |
| A. — LA SITUATION ÉCONOMIQUE DE L'ASSURANCE-VIE ET DE LA CAPITALISATION | 23 |
| B. — LA NATURE JURIDIQUE ET TECHNIQUE DES OPÉRATIONS « ASSURANCE-VIE » | 31 |
| 1. — Définition juridique | 31 |
| a) les assurances « en cas de vie » | 33 |
| b) les assurances en cas de décès | 34 |
| c) les assurances mixtes | 35 |
| d) les assurances complémentaires | 36 |
| 2. — Les éléments fondamentaux du « contrat individuel » d'assurance-vie (« grande branche ») | 36 |
| — le consentement du souscripteur | 36 |
| — l'accord de l'assuré en cas de contrat sur la tête d'autrui ... | 38 |

| | |
|---|----|
| — la déclaration des risques par l'assuré | 40 |
| — la sanction des déclarations irrégulières | 40 |
| — le contrôle de l'assureur par la visite médicale | 41 |
| 3. — Les assurances de groupe | 42 |
| — la nature des assurances de groupe | 44 |
| — le régime juridique de l'assurance de groupe | 44 |
| 4. — Les assurances populaires | 46 |
| C. — LA PRIME ET LES DROITS DE L'ASSURÉ SUR LA PROVISION MATHÉMATIQUE EN ASSURANCE-VIE | 47 |
| 1. — La prime | 47 |
| a) les tables de mortalité | 47 |
| b) le taux d'intérêt | 48 |
| c) les chargements | 48 |
| d) le paiement de la prime | 49 |
| 2. — Les droits de l'assuré sur la provision mathématique | 50 |
| a) les provisions mathématiques | 50 |
| b) le rachat du contrat | 51 |
| c) la réduction du contrat | 51 |
| d) l'avance sur police | 52 |
| D. — LE BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE-VIE | 52 |
| 1. — La détermination du bénéficiaire | 52 |
| 2. — La révocation du bénéficiaire | 54 |
| E. — LA PARTICIPATION DES ASSURÉS AUX BÉNÉFICES DES ENTREPRISES D'ASSURANCES | 54 |
| 1. — Les bénéfices techniques | 54 |
| 2. — Les bénéfices financiers | 55 |
| IV. — LES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI | 57 |
| 1. — Les dispositions relatives aux assurances sur la vie | 57 |
| 2. — Les dispositions relatives au contrat de capitalisation | 59 |
| 3. — Les dispositions diverses du projet de loi | 59 |
| V. — LES OBSERVATIONS DE LA COMMISSION | 62 |
| EXAMEN DES ARTICLES | 65 |
| TABLEAU COMPARATIF | 78 |

Mesdames, Messieurs,

Le présent projet de loi a pour objet principal d'améliorer l'information des assurés tant à la souscription qu'en cours de contrat : à cet effet, il tend notamment à faciliter, pour le souscripteur, les conditions d'exercice du droit de renonciation, tout en renforçant les obligations d'information de l'assureur.

Le projet harmonise, d'autre part, les dispositions relatives aux contrats d'assurance sur la vie et celles qui ont trait aux contrats de capitalisation. Le projet renforce, enfin, le principe de la spécialisation des entreprises d'assurance sur la vie.

Avant d'examiner plus en détail les dispositions du projet de loi, votre Commission évoquera la situation économique de l'assurance et rappellera quel est l'état du droit en ce domaine. Elle insistera plus spécialement sur l'assurance-vie qui constitue le principal objet du projet de loi.

I. — L'ASSURANCE DANS L'ECONOMIE FRANCAISE

A. — LES ENTREPRISES D'ASSURANCES : DES AGENTS ECONOMIQUES DE TOUT PREMIER PLAN

1. — *Le chiffre d'affaires intérieur* :

En 1982, les entreprises d'assurance opérant sur le marché français ont réalisé un chiffre d'affaires total de 160,25 milliards de francs (1) contre 135,78 milliards en 1981, soit une progression d'environ 17,5 % (estimation du chiffre d'affaires mondial de l'Assurance française en 1983 : 182 milliards de francs, soit une progression de 13,5 %)(2).

Le total des affaires directes en France s'est élevé en 1982 à 141,85 milliards de francs contre 120,74 milliards en 1981, soit une progression de 17,5 % en francs courants et de 5,1 % en francs constants.

Cette progression fut supérieure à celle du produit intérieur brut qui a augmenté en francs constants de 2 % en 1982.

Selon les estimations, la croissance de l'assurance a encore dépassé celle du produit intérieur brut en 1983. Le chiffre d'affaires des entreprises d'assurance sur le marché intérieur français s'élevait à 30 milliards de francs en 1970, 39,5 milliards de francs en 1972 et 102 milliards de francs en 1980, soit une croissance d'environ 16 % par an en francs courants et de 7 % en francs constants.

La progression du total général des affaires (+ 18 %) fut essentiellement due à la croissance des opérations d'assurance sur la

(1) Les chiffres cités dans le premier chapitre de ce rapport sont pour la plupart issus du dernier « Rapport du ministre de l'économie, des finances et du budget au Président de la République sur l'activité des organismes d'assurance et de capitalisation -année 1982 » qui fournit les *statistiques définitives les plus récentes* en la matière.

(2) Ces données statistiques, de même que toutes celles qui ont trait à l'année 1983, sont fournies, à titre provisoire, par la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (F.F.S.A.).

vie et de capitalisation (+ 22,8 % en 1982 contre + 21 % en 1981). On a assisté, en revanche, à une moindre croissance des assurances de dommages (+ 16,3 % en 1982 contre + 16,2 % en 1981).

Le montant total des primes encaissées par les entreprises d'assurance représentait en 1980 3,69 % et en 1981 3,83 % du P.N.B..

2. — Les entreprises :

effectif ; répartition par dimension, catégorie juridique et type d'activité ; personnel employé ; répartition des parts du marché.

L'effectif :

On distinguera les sociétés anonymes françaises, les mutuelles et les entreprises étrangères opérant en France.

— Les sociétés anonymes françaises étaient au nombre de 133 au 31 décembre 1982 (42 en assurance-vie et capitalisation, 91 en assurance dommage).

EVOLUTION DU NOMBRE DE SOCIETES ANONYMES FRANCAISES

NOMBRE DE SOCIÉTÉS ANONYMES FRANÇAISES

| | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 |
|----------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Assurance vie et capitalisation. | 34 | 34 | 36 | 40 | 40 | 42 | 42 |
| Assurance dommages..... | 65 | 63 | 62 | 72 | 72 | 85 | 91 |
| Total..... | 99 | 97 | 98 | 112 | 112 | 127 | 133 |

Les « Mutuelles » étaient au nombre de 169 à la même date (15 en assurance vie et capitalisation, 154 en assurance dommage).

EVOLUTION DU NOMBRE DE SOCIETES DE TYPE MUTUEL

NOMBRE DE SOCIÉTÉS DE TYPE MUTUEL

| | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 |
|--------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Assurance vie et capitalisation..... | 11 | 11 | 13 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Assurance dommages..... | 158 | 162 | 160 | 162 | 161 | 185 | 154 |
| Total..... | 169 | 173 | 173 | 174 | 174 | 169 | 169 |

— Quant aux entreprises étrangères opérant en France, leur nombre s'élevait à 168 (18 en assurance-vie et 150 en assurance dommage) au 31 décembre 1982.

EVOLUTION DU NOMBRE DES ENTREPRISES ETRANGERES OPERANT EN FRANCE

| | 1976 | 1977 | 1978 | 1979 | 1980 | 1981 | 1982 |
|-------------------------|------|------|------|------|------|------|------|
| Assurance-vie..... | 19 | 19 | 18 | 18 | 18 | 18 | 18 |
| Assurance dommages..... | 134 | 134 | 140 | 145 | 145 | 150 | 151 |
| Total..... | 153 | 153 | 158 | 163 | 163 | 168 | 169 |

Il convient d'observer que 94,7 % des entreprises étrangères agréées en France avaient au 31 décembre 1982 leur siège social dans un pays membre de l'O.C.D.E. et réalisaient 99,5 % des affaires. Ces chiffres correspondent à peu près à la structure du marché mondial de l'assurance.

Parmi les pays membres de l'O.C.D.E., ceux qui n'appartiennent pas à la C.E.E. détiennent la part la plus importante du total du marché étranger en France. Cette prépondérance est due principalement aux sociétés suisses, américaines et espagnoles qui sont traditionnellement bien implantées en France.

Les pays appartenant à la C.E.E. possèdent le plus grand nombre des succursales étrangères implantées en France (71,5 %), mais ces sociétés ne réalisent que 43,1 % du chiffre d'affaires total.

Dimension et forme juridique :

Pour examiner la dimension des entreprises d'assurance selon leur forme juridique, on distinguera : l'assurance de dommages d'une part, l'assurance sur la vie et la capitalisation d'autre part.

En ce qui concerne l'assurance de dommages, l'ensemble des sociétés dont le chiffre d'affaires excède 1 milliard de francs comprenait en 1982 :

- la totalité des entreprises nationales ;
- 40 % des sociétés à forme mutuelle ;
- 14 % des sociétés anonymes ;
- un certain nombre de sociétés à forme mutuelle rémunérantes, mutuelles agricoles, et succursales étrangères, soit respectivement 4,8 %, 6 % et 0,8 % de chaque catégorie d'entreprises.

L'ensemble des sociétés de taille moyenne, dont l'encaissement est compris entre 100 millions et 1 milliard de francs comprend surtout des sociétés anonymes (34 sur 71) et des sociétés à forme mutuelle rémunérantes (17 sur 63). Ces deux types de sociétés représentent 59 % de cet ensemble.

Parmi les petites sociétés, celles dont le chiffre d'affaires n'atteint pas 100 millions de francs, observons, surtout, qu'elles constituent 83 % des succursales d'entreprises étrangères, 81,3 % des mutuelles locales et professionnelles et 68,3 % des sociétés à forme mutuelle rémunérantes.

En revanche, 38 % seulement des sociétés anonymes figurent dans cet ensemble.

Il n'est pas inutile de rappeler la liste des 22 entreprises d'assurance de dommage dont le chiffre d'affaires dépassait, au 31 décembre 1982, un milliard de francs.

| Rang | Entreprise | Forme juridique | Chiffre d'affaires (en millions de francs) |
|------|---|---------------------------------------|--|
| 1 | U.A.P.-I.A.R.D. | Nationale | 12.111 |
| 2 | A.G.F.-I.A.R.T. | Nationale | 7.106 |
| 3 | M.G.F.-Accidents | Nationale | 5.866 |
| 4 | Caisse centrale des mutuelles agricoles | Mutuelle agricole | 5.687 |
| 5 | G.A.N.-I.A.R.D. | Nationale | 5.537 |
| 6 | La Préservatrice foncière | Anonyme | 4.258 |
| 7 | M.A.A.F. | Forme mutuelle sans intermédiaires | 3.771 |
| 8 | G.M.F. | Forme mutuelle sans intermédiaires | 3.716 |
| 9 | Groupe Drouot | Anonyme | 3.662 |
| 10 | Abeille-Paix | Anonyme | 3.556 |
| 11 | M.A.C.I.F. | Forme mutuelle sans intermédiaires | 3.467 |
| 12 | M.A.P. | Forme mutuelle sans intermédiaires | 2.417 |
| 13 | La Concorde | Anonyme | 2.403 |
| 14 | Assurances du Groupe de Paris | Anonyme | 2.282 |
| 15 | Société d'assurance moderne des agriculteurs (S.A.M.D.A.) | Anonyme | 2.191 |
| 16 | Société mutuelle d'assurance du bâtiment et des travaux publics (S.M.A.-B.T.P.) | Mutuelle professionnelle | 2.144 |
| 17 | VIA assurances Nord et Monde-I.A.R.D. | Anonyme | 1.912 |
| 18 | La France-I.A.R.D. | Anonyme | 1.900 |
| 19 | Société d'assurance mutuelle Seine et Oise | Forme mutuelle avec intermédiaires | 1.809 |
| 20 | Mutuelles Unies | Forme mutuelle avec intermédiaires | 1.682 |
| 21 | Providence-I.A.R.D. | Anonyme | 1.631 |
| 22 | M.A.T.M.U.T. | Forme mutuelle sans intermédiaires | 1.227 |

Les personnels employés :

En 1982, l'effectif global de l'ensemble du personnel salarié des entreprises d'assurance s'élevait à environ 121.400 personnes. Le nombre des « inspecteurs » et des agents salariés, s'établissait à 25.500 personnes, tandis que l'effectif des personnels administratifs et de gestion s'élevait à 95.900.

Le nombre des agents généraux s'établissait à environ 24.700. A ce nombre, il convient d'ajouter un effectif de 30.000 employés, environ, 15.000 sous-agents et 5.000 conjoints collaborateurs.

Les courtiers et leurs salariés, toutes branches confondues, avoisinaient le nombre de 13.500. Enfin, un effectif de 3.200 personnes peut être retenu pour les experts et leurs collaborateurs.

La Caisse Nationale de Prévoyance (C.N.P.) doit être traitée à part puisqu'elle bénéficie d'un réseau spécifique de présentation des opérations (comptables du Trésor et agents des P.T.T. travaillant à temps partiel pour la C.N.P.). L'effectif du siège de la C.N.P. était, pour l'année 1982, de 1.671 personnes (y compris le personnel de la Caisse des Dépôts et Consignations travaillant pour la C.N.P.).

Au total, un peu plus de 210.000 personnes, soit environ 1 % de la population active française, étaient, en 1982, employées dans le secteur de l'assurance.

En 1981 et 1982, les parts du marché détenues par les différentes catégories juridiques d'entreprises étaient les suivantes :

| Branches et catégorie de sociétés | Part en pourcentage du marché total | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-------|----------------------|
| | 1981 | 1982 | Différence en points |
| Vie et capitalisation : | | | |
| Caisse nationale de prévoyance..... | 13,90 | 13,57 | — 0,33 |
| Sociétés nationales..... | 43,26 | 41,38 | — 1,87 |
| Sociétés anonymes..... | 30,01 | 32,13 | + 3,12 |
| Forme mutuelle..... | 8,99 | 8,19 | — 0,80 |
| Sociétés étrangères de la C.E.E..... | 1,03 | 0,95 | — 0,08 |
| Sociétés étrangères hors C.E.E..... | 2,79 | 2,78 | — 0,01 |
| Domages : | | | |
| Sociétés nationales..... | 26,93 | 26,33 | — 0,60 |
| Sociétés anonymes..... | 33,38 | 32,92 | — 0,44 |
| Forme mutuelle rémunérantes..... | 10,60 | 10,57 | — 0,03 |
| Forme mutuelle non rémunérantes..... | 11,99 | 13,33 | + 1,34 |
| Sociétés mutuelles..... | 2,84 | 2,72 | — 0,12 |
| Mutuelles agricoles..... | 7,01 | 7,01 | 0,00 |
| Sociétés étrangères de la C.E.E..... | 3,34 | 3,24 | — 0,10 |
| Sociétés étrangères hors C.E.E..... | 3,91 | 3,88 | — 0,03 |

On observera qu'en 1982 la part la plus importante du marché (33 % du total des affaires) était détenue par les sociétés anonymes. Elles devançaient les entreprises nationales (30,4 %).

En assurance sur la vie et en capitalisation, les entreprises nationales ont conservé la première place, mais la part de marché détenue par ces entreprises est passée successivement de 45,92 % en 1980, à 43,26 % en 1981, et à 41,38 % en 1982. Les sociétés anonymes viennent en seconde position avec 33,13 % du marché.

En assurance de dommages, les sociétés anonymes occupent toujours la première place (32,92 % du marché) devançant les entreprises nationales (26,3 % du marché). Ces deux catégories d'entreprises voient pourtant se réduire leur part de marché. Ce sont les sociétés à forme mutuelle qui progressent depuis quelques années (13,33 % du marché).

3. — *La concentration :*

— L'observation du tableau ci-après montre que le marché de l'assurance de dommages restait très concentré en 1982 : 46,4 % du nombre total des sociétés réalisaient un chiffre d'affaires supérieur à 100 millions et détenaient 96,1 % du marché.

Le marché de l'assurance sur la vie est, quant à lui, moins concentré que celui de l'assurance de dommages puisqu'à la fin de 1982, 97,1 % des affaires étaient réalisées par les 46 entreprises encaissant plus de 100 millions de francs (elles représentaient 56,7 % du nombre total des sociétés).

D'une manière générale, on assiste dans le secteur de l'assurance française à un mouvement de concentration relativement lent qui se manifeste, certes, par une certaine diminution du nombre des entreprises mais plus encore par l'augmentation des parts de marché

(Unité : million de francs)

| Classes de sociétés d'après le montant de leur chiffre d'affaires | Nombre de sociétés | Chiffre d'affaires total des sociétés de la classe | Part du marché en pourcentage |
|--|-----------------------|---|-------------------------------------|
| Chiffre d'affaires : | | | |
| Supérieur à 1 milliard de francs | 25 | 83.497 | 71,9 |
| Compris entre 500 millions et 1 milliard de francs | 17 | 12.372 | 10,7 |
| Entre 300 et 500 millions de francs..... | 17 | 6.758 | 5,8 |
| Entre 100 et 300 millions de francs..... | 53 | 8.966 | 7,7 |
| Entre 50 et 100 millions de francs | 37 | 2.846 | 2,4 |
| Entre 10 et 50 millions de francs | 60 | 1.418 | 1,2 |
| Entre 2 et 10 millions de francs..... | 74 | 358 | 0,3 |
| Moins de 2 millions de francs..... | 38 | 35 | 0,0 |
| Total..... | 321 | 116.260 | 100,0 |

des sociétés les plus importantes, en particulier dans les branches de l'assurance-vie et de la capitalisation. Comme on constate, depuis quelques années, un certain recul des entreprises nationales, celles-ci continuent à occuper une position prépondérante, notamment à travers les « groupes ».

La concentration apparaît, en effet, plus forte quand les parts de marché sont « rapportées » aux groupes (branches vie et dommages réunies) et non aux seules entreprises. On remarque alors que les dix premiers groupes occupent plus de la moitié du marché. Ces grands groupes français ont un chiffre d'affaires supérieur à 1 milliard de francs ; les comparaisons européennes montrent que les 10 premiers d'entre eux occupent un rang favorable dans la classification des 50 premiers groupes européens.

Depuis plusieurs années, les premiers groupes nationalisés sont d'ailleurs en tête du classement des entreprises d'assurance françaises.

Les entreprises nationales occupent, ainsi, une place très importantes sur le marché français des assurances, plus particulièrement en assurance-vie et en capitalisation.

En revanche, en assurances dommages, le « poids du secteur nationalisé » est moindre, et l'on a également assisté à d'importantes concentrations dans le secteur privé.

Il n'est pas toujours aisé au demeurant de mesurer l'ampleur de la concentration des sociétés mutuelles et surtout celle des sociétés anonymes, car elle résulte de regroupements financiers parfois subtiles et difficiles à saisir avec exactitude.

4. — *La place de l'assurance française sur le marché international :*

L'assurance dans le monde :

Les dernières estimations connues concernent l'année 1981. Le chiffre d'affaires direct mondial de l'Assurance (pays « de l'Est » non compris) est estimé à 450 milliards de dollars.

La répartition du volume mondial de primes montre la part prédominante du continent nord-américain (Etats-Unis et Canada) dans l'industrie de l'assurance (49,4 % en 1981 des primes mondiales). Viennent ensuite les pays de la Communauté Economique Européenne qui sont en léger recul (24,7 % en 1981). L'Europe (pays de la C.E.E. et pays hors C.E.E.) représente, ainsi, un peu moins de 30 % du volume mondial des primes et le Japon 13 %.

Au total, les pays membres de l'O.C.D.E. représentent 94,3 % du total mondial de l'assurance (pays de « l'Est » exclus). Les autres pays d'Amérique Latine, d'Afrique et d'Asie se partagent les 5,7 % restant. De ce fait, l'étude des marchés de l'assurance ne concernera que les pays de l'O.C.D.E..

En ce qui concerne les grands pays industrialisés, il apparaît que les Etats-Unis, la Grande-Bretagne, la Suisse, l'Allemagne fédérale, les Pays-Bas, le Canada et le Japon détiennent un pourcentage des primes, dans le produit national brut, supérieur à 5 %.

La Suède, la Belgique, la France et l'Italie, enregistrent un pourcentage des primes par rapport au produit national brut compris entre 2 et 5 %.

En ce qui concerne le montant des primes par habitant, la Suisse se situe au premier rang et les Etats-Unis au second rang.

La part de l'Assurance française :

En 1983, la France se situait au 5^e rang, juste derrière la Grande-Bretagne, mais sa place aurait été meilleure, on le constate, si l'assurance sur la vie et la maladie y connaissait un développement comparable à celui des autres pays de l'O.C.D.E..

En effet, en assurances de dommages, la France venait, en 1981, en 4^e position, après les Etats-Unis, l'Allemagne fédérale et le Japon. La faiblesse du secteur de l'assurance-vie, est principalement due à l'existence des systèmes de prévoyance obligatoire gérés par des institutions fonctionnant en répartition.

D'une manière générale, la place de la France dans l'économie de l'assurance demeure modeste : quand on classe les pays selon le pourcentage des primes vie et non-vie dans le produit national brut, elle se situait, en 1982, au 17^e rang et au 13^e rang dans le classement opéré en fonction du montant des primes par habitant.

L'activité de l'Assurance française à l'étranger :

— le chiffre d'affaires réalisé à l'étranger :

En 1981, les entreprises d'assurance française ont réalisé (filiales et succursales à l'étranger) un volume d'affaires de 12.905 millions de francs, soit 9,5 % du chiffre d'affaires total (qui s'élève à 135.782 millions de francs).

Si l'on tient compte des opérations de réassurance, qui ont représenté plus de 6,9 milliards de francs en 1981, le chiffre d'affaires réalisé à l'étranger s'est élevé à 19.828,2 millions de francs, soit 14,6 % du total du chiffre d'affaires des sociétés françaises.

Les entreprises d'assurance françaises réalisent près de 95 % des affaires qu'elles concluent à l'étranger dans trois zones : l'Europe (69,2 %), l'Amérique du Nord (16,8 %), l'Afrique (8,8 %).

Il convient d'observer que le développement des affaires se ralentit en Europe (69,2 % en 1981 contre 70,7 % en 1979) tandis qu'il se poursuit en Amérique du Nord (16,8 % en 1981 contre 13,7 % en 1979).

Les filiales des entreprises d'assurances réalisaient, pour leur part, 95,3 % de leur chiffre d'affaires dans les mêmes zones : Europe (64,4 %), Amérique du Nord (21,2 %) et Afrique (9,7 %).

Les succursales et agences des sociétés françaises sont également implantées au Moyen-Orient et Extrême-Orient (au total : Europe (79,6 %), Amérique du Nord (7,2 %), Afrique (6,7 %) et Moyen et Extrême-Orient (6 %).)

Il convient, par ailleurs, de souligner qu'au cours de l'année 1982, les entreprises d'assurance ont investi à l'étranger un montant global de 303,8 millions de francs (556 millions de francs en 1981).

Les investissements réalisés à l'étranger se sont répartis de la façon suivante en 1982 :

— renforcement des implantations existantes : 229,7 millions de francs ;

— nouvelles implantations : 74,1 millions de francs.

B. — LE ROLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE EN TANT QU'INTERMEDIARIES FINANCIERS ET « INVESTISSEURS INSTITUTIONNELS » :

1. — *L'assurance-vie dans l'épargne et le patrimoine des ménages :*

Les données fournies par la Comptabilité Nationale française montrent que la place de l'assurance-vie dans l'épargne des ménages était restée relativement stable durant de nombreuses années en variant entre 2 % et 2,5 % de l'épargne totale des ménages.

Une forte progression a cependant été constatée au cours de la dernière décennie. En 1980, 6 % de l'épargne des ménages fut consacré à l'assurance-vie.

Les ressources d'épargne des ménages français sont importantes : elles s'élèvent à environ 15 % de leur revenu disponible. Le taux d'épargne a atteint un maximum de 19,5 % en 1975. La stabilisation progressive du pouvoir d'achat des Français s'est cependant accompagnée d'un déclin du taux d'épargne (13,4 % en

1980). Depuis 1975, la plupart des pays industriels connaissent ce phénomène, même si le taux d'épargne reste encore très élevé en Italie (25 %) et au Japon (20 %). Aux Etats-Unis, l'épargne individuelle est marginale (4 % en 1981), alors que l'épargne collective sous forme d'assurance-vie et de plans de retraites est très importante.

A la différence de pays tels que l'Allemagne, la structure des placements d'épargne se caractérise en France par la prédominance de l'immobilier et des placements liquides et la faiblesse des emplois financiers à long terme.

L'évolution la plus notable, constatée entre 1974 et 1980, est certainement la diminution de l'épargne monétaire et liquide et le développement de l'épargne mobilière (développement des S.I.C.A.V. « Monory » en 1980, par exemple).

L'épargne détenue sous forme d'assurance-vie ne représentait en 1980 qu'environ 6 % des placements annuels des épargnants français (les placements boursiers représentant, quant à eux, environ 12 % de cette épargne). La place occupée par les contrats d'assurance sur la vie apparaît encore très modeste quand celle-ci est rapportée à l'épargne accumulée, c'est-à-dire par rapport à l'ensemble du patrimoine.

Le « poids patrimonial » de l'assurance-vie est également plus faible en France que dans les pays comparables. Le montant des capitaux souscrits en assurance-vie ne représente, en effet, que la moitié environ de la production intérieure brute.

On rappellera qu'en Grande-Bretagne, les capitaux garantis sont aussi importants que la valeur du P.I.B..

2. — Les entreprises d'assurance : investisseurs institutionnels

En assurance-vie, la constitution des « provisions mathématiques » représente une masse de capitaux considérables. Ces capitaux placés sur les marchés immobiliers et financiers, constituent une offre de fonds disponible qui exerce une influence stratégique sur le fonctionnement du marché des capitaux. On observera cependant

que les « provisions mathématiques » de l'assurance-vie ne représentent en France que de 15 à 20 % de ce qu'elles représentent sur le marché des capitaux en Grande-Bretagne ; ceci atteste encore de l'étroitesse du marché français.

Il semble que l'écart entre la France et l'Angleterre tende de diminuer progressivement. Rappelons que les Anglais sont à 80 % assurés sur la vie et les Français seulement à 40 %.

En assurance dommages, si les entreprises d'assurance ne « mobilisent » pas de ressources d'épargne, la constitution de provisions techniques n'en est pas moins une nécessité financière. Ces provisions, constituées en assurance automobile ou en assurance incendie par exemple, font partie de l'« épargne institutionnelle » des compagnies d'assurance.

En France, le poids des « investisseurs institutionnels », sur le **marché des valeurs à revenu variable** (actions) demeure encore modeste (environ 15 %). Au début de 1980, les sociétés d'assurances occupaient, au sein de ces « investisseurs », une place dominante, par rapport à la Caisse des dépôts, aux SICAV ou aux Caisses de retraites. Les ménages français détenaient environ 35 % des actions, les entreprises 30 %, et les étrangers 15 %. Le développement des SICAV (stimulées par les exonérations fiscales de la « loi Monory ») a certainement renforcé « l'institutionnalisation » du marché.

La place des « investisseurs institutionnels » sur les **marchés des obligations** est en revanche beaucoup plus importante puisque ceux-ci contrôlent la moitié de la capitalisation. Or la valeur capitalisée des obligations est deux fois plus importante que celle des actions. En 1980, la capitalisation boursière des actions atteignait 9 % du PNB, celle des obligations environ 20 %. Les ménages sont aujourd'hui détenteurs de 40 à 45 % du marché obligataire ; **les entreprises d'assurance en détiennent, quant à elles environ 20 %.**

II. — L'ETAT DU DROIT EN MATIERE D'ASSURANCE

A. — LA LEGISLATION RELATIVE AUX ASSURANCES

. Les principes fondamentaux du contrat d'assurance demeurent régis par les dispositions de la loi du 13 juillet 1930, aujourd'hui codifiées.

Kompant avec un siècle de libéralisme qui avait posé comme postulat la « liberté contractuelle », le législateur, tout au long du XX^e siècle, a renforcé les « obligations d'assurance » et ce, dans les domaines les plus variés.

Aujourd'hui, on dénombre une cinquantaine d'obligations d'assurance, la plus importante demeurant sans doute « l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur » instituée par la loi du 27 février 1958.

Mais, dès 1930, par la loi du 13 juillet, le législateur fixait les règles essentielles du contrat d'assurance.

Quelques années plus tard, deux décrets du 14 juin et du 30 décembre 1938, organisaient le contrôle par l'autorité administrative des entreprises d'assurance.

Les dispositions de la loi de 1930 s'appliquent « aux assurances terrestres et aériennes » ; elles insistent sur les **caractères spécifiques du contrat d'assurance** :

— **caractère consensuel** : ce caractère relève du droit commun du contrat.

— **caractère synallagmatique** : le contrat comporte des engagements réciproques de l'assureur et de l'assuré ; le premier s'engageant à **couvrir le risque prévu au contrat**, s'il se réalise ; le second s'engageant à **faire des déclarations exactes et à payer les primes**.

— **caractère aléatoire**

— caractère onéreux

— caractère successif : les effets du contrat s'échelonnent toujours dans le temps.

Le contrat d'assurance a, par ailleurs, souvent été considéré par la doctrine comme l'exemple type du « contrat d'adhésion » dans la mesure où, le plus souvent, le souscripteur n'est pas à même de « négocier » les conditions du contrat qui lui seraient imposées par l'entreprise d'assurance. Il faut, à cet égard, souligner les éléments qui tendent à réduire ce caractère de « contrat d'adhésion ».

1) L'existence des mandataires que sont les intermédiaires (courtiers, agents généraux) mieux armés pour discuter avec les entreprises d'assurance des modalités de garanties, pour le compte de leurs clients.

2) La concurrence, très vive entre les entreprises d'assurance.

3) Les nouvelles législations inspirées par les mouvements de défense des consommateurs. On peut citer, par exemple, l'article 35 de la loi du 10 janvier 1978 qui permet au Gouvernement « d'interdire, de réglementer ou limiter certaines clauses qui peuvent être considérées comme abusives en raison des conditions de leur intervention et de leurs effets ».

La codification

Une loi du 8 novembre 1955 avait déjà prévu la codification des textes relatifs aux assurances ; mais il fallut attendre 1976 pour que le Gouvernement, à la suite notamment de l'adoption de deux directives européennes qu'il convenait d'intégrer à notre réglementation, procéda, par *deux décrets et un arrêté*, à la *codification* des textes législatifs et réglementaires relatifs aux assurances :

— le décret n° 76-666 du 16 juillet relatif à la codification des textes législatifs concernant les assurances ;

— le décret n° 76-667 du 16 juillet relatif à la codification des textes réglementaires concernant les assurances ;

— un arrêté du 16 juillet faisant suite aux deux décrets relatif à la codification des arrêtés concernant les assurances.

Chacun de ces textes correspond à une partie du nouveau Code des Assurances.

Votre rapporteur ne serait pas complet, s'il ne soulignait pas l'importance d'une loi récente, destinée à assurer une meilleure information du souscripteur : il s'agit de la loi du 7 janvier 1981 dont le moindre mérite n'est pas d'avoir été le résultat d'une large concertation entre les organisations de consommateurs et la Fédération Française des sociétés d'assurances.

Les dispositions de cette loi seront examinées plus en détail au chapitre III de ce rapport.

B. — LA CLASSIFICATION JURIDIQUE DES ASSURANCES

Le code des assurances a modifié l'ancienne nomenclature des catégories d'opérations des entreprises d'assurance, qui était auparavant établie par l'article 137 du décret du 30 décembre 1938.

Désormais, l'article R 321-1 du code énumère 24 branches d'assurance.

Cette nomenclature constitue une référence fondamentale pour l'industrie des assurances, car toute entreprise d'assurance doit recevoir un « agrément » de la Direction des Assurances avant d'opérer dans une branche donnée.

Il convient tout d'abord de procéder à une première classification. Cette classification distingue les assurances de dommages et les assurances de personnes en se fondant sur l'analyse des droits et obligations réciproques de l'assureur et de l'assuré.

1. — *Assurances de personnes et assurances de dommages :*

Cette distinction a pour fondement l'obligation de l'assureur au moment de l'exécution du contrat. Dans la première catégorie, l'assureur sera tenu de verser une somme forfaitaire, déterminée dans le contrat ; dans la seconde catégorie d'assurance, l'étendue de l'obligation de l'assureur dépendra du préjudice subi par l'assuré en raison du sinistre.

Les assurances de personnes ont un caractère forfaitaire.

Les risques garantis dans les « assurances de personnes » affectent la personne même de l'assuré : vie, mort, accident, etc... . S'ils se réalisent, ils rendent exigible le règlement de sommes forfaitaires déterminées dans la police d'assurance sans qu'intervienne aucune évaluation du dommage éventuellement subi.

La prestation de l'assureur étant déterminée par les sommes stipulées forfaitairement au contrat, les assurances de personnes sont parfois dénommées « assurances de capitaux ».

Les formes « d'assurances de personnes » actuellement les plus utilisées sont les « assurances sur la vie », les « assurances accident corporel », garantissant le versement d'indemnités forfaitaires à la suite d'un accident corporel et, enfin, les « assurances Maladie » qui peuvent, utilement, compléter les prestations de Sécurité Sociale.

Les assurances de dommages ont, au contraire, un fondement indemnitaire

— Les assurances de dommages sont fondées sur un principe indemnitaire. Elles constituent une garantie du patrimoine de l'assuré, dans ses composantes corporelles et incorporelles. On peut donc encore distinguer les assurances de dommages *en assurances de choses et assurances de responsabilités*.

Les assurances de choses :

L'assurance de chose est l'assurance la plus classique ; elle « protège » les biens en cas de « pertes matérielles » : dommages causés aux corps de véhicules terrestres, ferroviaires, aériens ou maritimes eux-mêmes, dommages causés aux marchandises transportées, dommages causés par l'incendie et les éléments naturels, et tous autres dommages aux biens tels que vol, dégâts des eaux, etc.

Par une extension de l'idée de « protection du patrimoine », les formes les plus modernes d'assurances couvrent également des « pertes pécuniaires » : par exemple, *l'assurance des pertes d'exploitation*.

Les assurances de responsabilité :

Elles ont pour but de garantir les conséquences pécuniaires de la responsabilité incombant à l'assuré à la suite des dommages causés à autrui et dont il est juridiquement responsable. Le mécanisme de l'assurance met alors en jeu trois personnes : l'assureur, l'assuré et le tiers victime ; bien que celui-ci ne soit pas partie au contrat, il bénéficie d'une action directe contre l'assureur (responsabilités civiles encourues du fait des véhicules terrestres, aériens ou maritimes, et responsabilité civile générale).

2. — « Assurances de répartition » et « assurances de capitalisation » :

Il convient en second lieu de distinguer les assurances selon leur technique de gestion (*répartition* ou *capitalisation*) ; ceci d'autant plus que la réglementation française impose *une stricte spécialisation* des entreprises selon qu'elles opèrent suivant l'un ou l'autre de ces modes de gestion :

— *Les « assurances de répartition »* correspondent à une répartition des risques au sein d'une mutualité : l'assureur répartit entre les assurés sinistrés la masse des primes payées par l'ensemble des membres de la mutualité. Les branches gérées en répartition sont l'accident et la maladie et toutes les assurances de dommages : assurances de choses et assurances de responsabilités.

— *Les « assurances de capitalisation »*

Ce sont des assurances *souscrites à long terme* et dont les primes sont *capitalisées* selon la méthode des intérêts composés.

Les branches gérées en capitalisation sont pour l'essentiel les « assurances sur la vie » qui sont des *assurances de personnes* comportant *des garanties dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine*, et dont la *gestion financière permet la constitution des « provisions mathématiques »*.

« *La capitalisation* » est, quant à elle, le contrat par lequel l'entreprise d'assurance s'engage, moyennant un versement unique ou des versements périodiques, à payer un capital déterminé, soit à l'échéance du contrat, soit par anticipation à la suite de tirages au sort périodiques. *Il faut bien souligner que l'opération de capitalisation n'est pas une opération d'assurance*, car elle n'a pas pour objet la garantie d'un risque. Elle est néanmoins gérée par des entreprises soumises au contrôle de l'Etat *comme les entreprises d'assurance*.

III. — L'ASSURANCE-VIE ET LES OPERATIONS DE « CAPITALISATION »

A. — LA SITUATION ECONOMIQUE DE L'ASSURANCE-VIE ET DE LA CAPITALISATION

Il convient tout d'abord de souligner que, sur le plan économique, les entreprises d'assurance agréées en vie effectuent désormais des opérations de capitalisation et que les entreprises agréées en capitalisation pratiquent des opérations d'assurance vie (Décret du 22 décembre 1972). Il n'est donc plus nécessaire de distinguer, sur le plan économique, les deux catégories d'opérations.

En 1982, - dernière année pour laquelle, encore une fois, nous disposons de statistiques définitives - les entreprises françaises d'assurance sur la vie et de capitalisation ont encaissé 43.990 millions de francs qui se répartissaient de la façon suivante :

— 38.607 millions de francs au titre des primes d'assurance sur la vie (87,8 %) ;

— 5.297 millions de francs au titre des bons de capitalisation (12 %) ;

— 86 millions de francs au titre des opérations tontinières (0,2 %).

Le tableau suivant fait apparaître l'évolution du montant des primes pour l'ensemble des entreprises en 1980, 1981 et 1982.

| | 1980 | | 1981 | | 1982 | |
|---|---------------|------------------|---------------|------------------|---------------|------------------|
| | Montant | % d'augmentation | Montant | % d'augmentation | Montant | % d'augmentation |
| Capitalisation..... | 3.195 | + 13,2 | 4.089 | + 28,0 | 5.297 | + 29,5 |
| Assurances Individuelles vie: | | | | | | |
| Grande branche..... | 8.896 | + 19,3 | 10.298 | + 15,8 | 12.576 | + 22,1 |
| Branche populaire..... | 2.785 | + 10,0 | 3.013 | + 8,2 | 3.290 | + 9,2 |
| Assurances collectives vie..... | 10.211 | + 14,3 | 12.720 | + 24,6 | 15.749 | + 23,8 |
| Assurances complémentaires vie..... | 1.759 | + 24,4 | 2.247 | + 27,7 | 2.809 | + 25,0 |
| Autres affaires vie..... | 582 | + 8,8 | 690 | + 18,6 | 822 | + 19,1 |
| Total des affaires directes réalisées en France métropolitaine..... | 27.428 | + 15,8 | 33.057 | + 20,5 | 40.543 | + 22,6 |
| Affaires directes réalisées dans les D.O.M.-T.O.M. | 72 | + 16,1 | 86 | + 19,4 | 86 | - |
| Affaires directes réalisées à l'étranger..... | 591 | + 5,5 | 666 | + 12,7 | 776 | + 16,5 |
| Total des affaires directes..... | 28.091 | + 15,5 | 33.809 | + 20,4 | 41.405 | + 22,5 |
| Acceptations en France..... | 1.407 | + 13,4 | 1.896 | + 34,9 | 2.427 | + 28,0 |
| Acceptations à l'étranger..... | 31 | + 6,9 | 40 | + 29,0 | 72 | + 80,0 |
| Total..... | 29.529 | + 15,4 | 35.745 | + 21,1 | 43.904 | + 22,8 |

D'une façon générale, pour toutes les catégories d'assurance vie et de capitalisation, le taux de progression de l'ensemble des affaires a atteint 22,8 %.

Les ~~francs~~ émis en capitalisation, en 1982, ont atteint 5.297 milliards de francs. En 1983, ce chiffre n'atteindrait qu'environ 5 milliards de francs (-4,9 %).

Le succès rencontré par les produits de capitalisation s'explique sans doute par les intérêts élevés, obtenus sur le marché obligataire et qui permettent, au-delà de l'intérêt minimum garanti, de distribuer aux souscripteurs d'importantes participations aux bénéfices.

L'évolution de la part des principales branches, en assurance-vie et capitalisation, est retracée dans le tableau suivant :

Part des principales branches (affaires directes en France)

(En pourcentage)

| | 1980 | 1981 | 1982 |
|--------------------------------------|------|------|------|
| Capitalisation | 11,6 | 12,4 | 13,1 |
| Grande branche vie | 32,4 | 31,2 | 31,0 |
| Assurances populaires vie | 10,2 | 9,1 | 8,1 |
| Assurances collectives vie | 37,3 | 38,4 | 38,9 |
| Assurances complémentaires vie | 6,4 | 6,8 | 6,9 |
| Autres affaires vie | 2,1 | 2,1 | 2,0 |
| Total affaires directes | 100 | 100 | 100 |

La capitalisation représente d'année en année une part prépondérante du marché : 13,1 % en 1982 contre 12,4 % en 1981 et 11,6 % en 1980.

En ce qui concerne les assurances individuelles, la Grande Branche a représenté 31 % du marché de l'assurance vie et de la capitalisation.

La croissance sensible de la Grande Branche (+ 22,1 % en 1982) s'explique à la fois par la revalorisation des contrats en cours et par les produits nouveaux « à primes uniques » lancés sur le marché depuis quelques années.

La branche populaire, constituée de contrats d'un montant limité, distribués par des réseaux spécialisés, a continué à « perdre du terrain » (8,1 % du marché en 1982 contre 9,1 % en 1981).

On observera que la part de la branche individuelle a baissé par rapport à la branche collective (39,1 % du marché en 1982 contre 40,3 % en 1981).

En 1982, les assurances collectives ont continué à progresser et représentent 38,9 % du marché de l'assurance vie et de la capitalisation (38,4 % en 1981). Ces assurances, qui sont surtout constituées par des contrats d'assurance en cas de décès souscrits par les entreprises au profit de leurs salariés ou par les ménages à l'occasion d'emprunts pour l'achat d'un logement ou de biens d'équipement, ont ainsi continué à se développer.

Par ailleurs, les assurances en cas de vie (telles que les retraites complémentaires) souscrites par l'intermédiaire d'associations pour le compte de leurs adhérents et recueillent des souscriptions individuelles, ont contribué à l'extension de la branche collective.

Les assurances complémentaires, qui apportent à l'assuré des garanties supplémentaires en cas de décès, d'invalidité, de maladie ou de chômage continuent à progresser.

Les « sociétés vie » se substituent ainsi de plus en plus aux sociétés accidents dans la couverture des risques atteignant les personnes. Leur croissance a été en 1982 de 25 % . Elles représentent 6,9 % du marché de l'assurance vie et de la capitalisation.

On peut analyser l'évolution des primes encaissées pour les deux dernières années connues, par forme juridique d'entreprise.

(Montants en millions de francs)

| | Montant des primes | | Progression | |
|--|--------------------|------------------|---------------|---------------|
| | Au 31-12 1981 | Au 31-12 1982 | 1981 | 1982 |
| | | | % | % |
| C.N.P..... | 4.969 | 5.956 | + 21,1 | + 19,8 |
| Entreprises nationales..... | 15.465 | 18.172 | + 14,1 | + 17,5 |
| Sociétés anonymes..... | 10.728 | 14.546 | + 28,3 | + 35,6 |
| Sociétés à forme mutuelle..... | 3.215 | 3.595 | + 28,0 | + 11,8 |
| Entreprises étrangères..... | 1.368 | 1.635 | + 16,1 | + 19,5 |
| Total vie + capitalisation..... | 35.745 | 43.904 | + 21,1 | + 22,8 |

Le plus fort taux de progression des encaissements a été réalisé, en 1982, par les sociétés anonymes (+ 35 %). La progression la plus notable est due aux sociétés distribuant leurs produits par l'intermédiaire des réseaux bancaires existants ou des bureaux des grandes sociétés à forme mutuelle.

2) Le tableau ci-après, indique la répartition du chiffre d'affaires selon les branches et les formes juridiques.

(En %)

| | C.N.P. | | | Entreprises nationales | | | Sociétés anonymes | | | Sociétés à forme mutuelle | | | Entreprises étrangères | | | Total annuel |
|---|--------|------|------|------------------------|------|------|-------------------|------|------|---------------------------|------|------|------------------------|------|------|--------------|
| | 1980 | 1981 | 1982 | 1980 | 1981 | 1982 | 1980 | 1981 | 1982 | 1980 | 1981 | 1982 | 1980 | 1981 | 1982 | |
| Capitalisation..... | - | - | - | 71,7 | 63,2 | 59,9 | 22,4 | 28,0 | 34,6 | 5,9 | 8,8 | 5,5 | - | - | - | 100 |
| Grande branche vie : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - capital fixe..... | 12,1 | 14,1 | 15,5 | 40,7 | 41,6 | 41,6 | 29,3 | 26,4 | 26,0 | 8,0 | 8,1 | 7,8 | 9,9 | 9,8 | 9,1 | 100 |
| - capital variable..... | 7,6 | 9,2 | 10,3 | 38,1 | 35,1 | 31,9 | 49,5 | 51,0 | 53,7 | 4,5 | 4,4 | 3,6 | 0,3 | 0,3 | 0,5 | 100 |
| Assurances populaires vie..... | - | - | - | 62,9 | 63,7 | 63,6 | 33,3 | 33,0 | 32,8 | 2,9 | 2,9 | 2,7 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 100 |
| Assurances collectives vie..... | 18,7 | 17,0 | 15,3 | 39,3 | 35,1 | 32,0 | 26,6 | 31,8 | 36,9 | 12,0 | 12,7 | 12,2 | 3,4 | 3,4 | 3,6 | 100 |
| Assurances complémentaires vie..... | 51,5 | 48,5 | 45,8 | 30,8 | 31,8 | 32,7 | 11,2 | 13,8 | 16,1 | 3,9 | 3,5 | 3,0 | 2,6 | 2,4 | 2,4 | 100 |
| Autres affaires vie..... | 41,0 | 40,7 | 41,0 | 31,4 | 30,4 | 29,4 | 17,5 | 14,1 | 15,0 | 15,1 | 14,8 | 14,6 | - | - | - | 100 |
| Total des affaires directes en France métropolitaine..... | 14,7 | 14,8 | 14,5 | 44,9 | 42,5 | 40,7 | 27,8 | 29,5 | 32,4 | 8,4 | 9,1 | 8,4 | 4,2 | 4,1 | 4,0 | 100 |
| D.O.M.-T.O.M. et étranger..... | - | - | - | 90,2 | 90,4 | 86,1 | 7,6 | 7,8 | 11,2 | 2,2 | 1,8 | 1,5 | - | - | 1,2 | 100 |
| Acceptations..... | 4,7 | 4,1 | 3,4 | 44,2 | 37,3 | 36,0 | 49,3 | 48,1 | 53,0 | 1,1 | 9,8 | 7,5 | 0,7 | 0,7 | 0,5 | 100 |
| Total vie : capitalisation..... | 13,9 | 13,9 | 13,6 | 45,9 | 43,3 | 41,4 | 28,3 | 30,0 | 33,1 | 7,9 | 9,0 | 8,2 | 4,0 | 3,8 | 3,7 | 100 |

L'analyse du tableau nous conduit à présenter les observations suivantes :

- Les sociétés anonymes continuent à améliorer leur position ;
- La part de marché détenue par les sociétés à forme mutuelle diminue (8,2 % de part du marché en 1982).
- Les entreprises nationales, pour le total des affaires, voient leur part de marché continuer à régresser tout en restant en tête du « classement » (41,4 % de part du marché en 1982 contre 43,3 % en 1981 et 45,9 % en 1980). Comme l'année précédente, le recul le plus sensible affecte les assurances collectives et la grande branche à capital variable.
- La part du marché des entreprises étrangères reste pratiquement stable (3,7 % en 1982, 3,8 % en 1981).

Les provisions mathématiques des entreprises d'assurance-vie et de capitalisation

Le montant total des provisions mathématiques de l'assurance-vie et capitalisation s'est établi à 141.624 millions de francs à la clôture de l'exercice 1982 contre 117.797 millions de francs à l'ouverture de l'exercice 1981 soit une progression de 20,2 %.

— L'augmentation des provisions mathématiques, qui représente l'effort d'épargne des assurés, majoré de la part des produits financiers capitalisés à leur profit, traduit pour l'essentiel la capacité de financement des entreprises d'assurance sur la vie et de capitalisation.

Les sociétés anonymes (+ 30,9 %) et les sociétés à forme mutuelle (+ 24,5 %) ont accru leurs provisions mathématiques dans une proportion nettement supérieure à la moyenne. En revanche, les sociétés nationales (+ 14,8 %) ont encore enregistré une progression inférieure à la moyenne.

— Les dotations, par branches, aux provisions mathématiques, sont retracées dans le tableau suivant pour les années 1981 et 1982 :

Le montant des capitaux garantis et l'évolution du nombre de contrats en assurance sur la vie et en capitalisation

CONTRATS ET CAPITAUX GARANTIS EN ASSURANCE SUR LA VIE ET CAPITALISATION

| Branches | Nombre de contrats | | | Capitaux ou rentes garantis (en milliards de francs) | | |
|--------------------------------------|---------------------|---------------------|----------------|---|----------------|----------------|
| | au 31 décembre 1981 | au 31 décembre 1982 | Variation en % | 1981 | 1982 | Variation en % |
| I. Capitalisation | 24.341.033 | 25.948.408 | 6,6 | 64,1 | 73,7 | + 15,0 |
| II. Assurance de capitaux vie | | | | | | |
| Grande branche | 9.123.173 | 11.491.733 | + 26,0 | 247,0 | 276,2 | + 11,8 |
| Assurances populaires | 7.781.701 | 7.613.055 | - 2,2 | 106,9 | 113,7 | + 6,4 |
| Assurances collectives | 369.057 | 478.438 | + 29,6 | 2.430,6 | 2.865,2 | + 17,9 |
| Total assurance de capitaux | 17.273.961 | 19.582.726 | + 13,4 | 2.784,5 | 3.255,1 | + 16,9 |
| III. Assurance de rentes vie | | | | | | |
| Grande branche et populaire | 479.434 | 475.100 | - 0,9 | 1,2 | 1,4 | + 16,7 |
| Collectives | 303.032 | 316.756 | + 4,5 | 2,7 | 3,2 | + 18,5 |
| Total assurance de rentes | 782.466 | 791.856 | + 1,2 | 3,9 | 4,6 | + 17,9 |

Le montant total des capitaux garantis s'est élevé, en 1982, à 3.255,1 milliards de francs.

Le nombre des contrats a enregistré une assez nette progression. Plus de la moitié des contrats souscrits ont concerné la Grande Branche (58,7 %), mais ils n'ont représenté que 8,4 % des capitaux assurés ; en assurances populaires 38,9 % des contrats souscrits ne représentent que 3,5 % des capitaux assurés.

En assurances collectives, en revanche, on constate un petit nombre de contrats souscrits (2,4 %) mais un montant très élevé de capitaux assurés (88,0 %).

Il convient de noter que le nombre des contrats collectifs ne correspond pas au nombre des personnes assurées ; ces contrats couvrent des groupes d'assurés dont la composition peut varier de quelques personnes à plusieurs dizaines de milliers. En outre, observons qu'il est difficile de comparer les capitaux souscrits en assurances individuelles et ceux souscrits en assurances collectives : les capitaux souscrits en assurances individuelles sont, en effet, pour l'essentiel souscrits à la fois en cas de décès et en cas de survie tandis que les capitaux souscrits en assurances collectives sont principalement souscrits en cas de décès.

En « capitalisation », le montant total des capitaux s'est élevé à 73,7 milliards de francs en 1982, soit une augmentation de 15 % par rapport à 1981. La progression des contrats a été quant à elle de 6,6 %.

« Entrées » et « sorties » de contrats au cours des exercices 1981 et 1982

On observera que les chiffres concernant les assurances individuelles sont seuls significatifs puisqu'en ce qui concerne les assurances collectives, tous les renouvellements de contrats sont considérés comme de nouvelles souscriptions.

En capitalisation, le nombre de contrats nouveaux a augmenté de 7,3 % en 1982.

En Grande Branche, le nombre des contrats souscrits a augmenté de 45,5 %, ce qui est à comparer avec la progression des primes de cette catégorie (+ 22,1 %).

En revanche, en assurances populaires, le nombre de contrats a continué à diminuer (-11 %).

**EVOLUTION DU NOMBRE DES CONTRATS NOUVEUX
EN ASSURANCES INDIVIDUELLES**

| Branches | Nombre de nouveaux contrats | | Évolution en pourcentage |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------|--------------------------|
| | 1981 | 1982 | |
| Capitalisation..... | 4.797.250 | 5.149.397 | + 7,3 |
| Grande branche vie..... | 2.246.682 | 3.269.614 | + 45,5 |
| Assurances populaires vie..... | 898.357 | 798.309 | - 11,1 |

De 1981 à 1982, la part des capitaux nouveaux dans l'ensemble des capitaux garantis est passée de 27,6 % à 30,1 %.

PART DES CAPITAUX NOUVEUX EN ASSURANCES INDIVIDUELLES

| Branches | Montant total des capitaux en début d'exercice | | Montant des capitaux nouveaux | | Part des capitaux nouveaux | |
|--------------------------------|--|---------|-------------------------------|---------|----------------------------|------|
| | 1981 | 1982 | 1981 | 1982 | 1981 | 1982 |
| Capitalisation..... | 57.441 | 63.822 | 15.834 | 20.133 | 27,6 | 31,5 |
| Grande branche vie..... | 225.915 | 244.053 | 59.037 | 72.722 | 26,1 | 29,8 |
| Assurances populaires vie..... | 97.844 | 106.913 | 30.489 | 32.058 | 31,2 | 30,0 |
| Total..... | 381.200 | 414.788 | 105.360 | 124.913 | 27,6 | 30,1 |

ÉVOLUTION DES SORTIES DE CONTRATS EN ASSURANCES INDIVIDUELLES

| Branches | Nombre total de contrats en début d'exercice | | Nombre des sorties en cours d'exercice | | Évolution de la part des sorties | |
|--------------------------------|--|------------|--|-----------|----------------------------------|------|
| | 1981 | 1982 | 1981 | 1982 | 1981 | 1982 |
| Capitalisation..... | 23.458.734 | 24.737.340 | 2.303.930 | 3.538.329 | 9,8 | 14,5 |
| Grande branche vie..... | 7.599.587 | 9.084.859 | 823.096 | 863.240 | 10,7 | 9,5 |
| Assurances populaires vie..... | 7.883.641 | 7.777.084 | 1.000.297 | 962.338 | 12,7 | 12,4 |
| Total..... | 39.041.962 | 41.199.283 | 4.127.323 | 5.363.907 | 10,6 | 13,0 |

La part des « sorties de contrats » dans le total des contrats s'est élevé à 13 % en 1982. Cela est notamment dû à la « capitalisation ».

En ce qui concerne les sorties anormales, on constate les résultats suivants pour les catégories les plus répandues de contrats individuels :

— en capitalisation, les sorties anormales (rachats, réductions, résiliations) ont représenté 73,8 % du total des sorties;

— en Grande Branche, les sorties anormales ont représenté 66,2 % du total des sorties.

La forme la plus fréquente des sorties anormales est constituée par les résiliations (48,7 % des sorties anormales en Grande Branche et 37,5 % en assurances populaires).

En assurances populaires, les sorties anormales s'élèvent à 64,5 % des sorties de la catégorie.

**NOMBRE DE CONTRATS AYANT FAIT L'OBJET DE SORTIES ANORMALES EN 1982
(RACHATS, RÉDUCTIONS, RÉSILIATIONS) EN GRANDE BRANCHE**

| Sorties | Capitaux différés | Mixtes | Temporaire décès | Vie entière | Autres contrats | Total des sorties anormales |
|---|-------------------|-----------|------------------|-------------|-----------------|-----------------------------|
| rachats..... | 97.152 | 84.773 | 22.979 | 11.622 | 13.266 | 229.792 |
| réductions..... | 6.579 | 43.651 | 20 | 3.998 | 8.751 | 62.999 |
| résiliations..... | 3.089 | 52.422 | 199.993 | 5.226 | 17.661 | 278.391 |
| Total des sorties anormales selon la catégorie de contrats..... | 106.820 | 180.846 | 222.992 | 20.846 | 39.678 | 571.182 |
| Total des contrats en début d'exercice..... | 3.033.794 | 2.802.923 | 2.497.976 | 341.105 | 409.061 | 9.084.859 |
| des sorties anormales..... | 3,5 | 6,5 | 8,9 | 6,1 | 9,7 | 6,3 |

NOMBRE DE CONTRATS AYANT FAIT L'OBJET DE SORTIES ANORMALES EN 1982
(RACHATS, RÉDUCTIONS, RÉSILIATIONS) EN CAPITALISATION

| Sorties | Total des sorties anormales |
|--|-----------------------------|
| Rachats | 2.243.581 |
| Réductions | 789 |
| Résiliations | 367.310 |
| Total des sorties anormales | 2.611.680 |
| Total des contrats en début d'exercice | 24.337.340 |
| % des sorties anormales | 10,7 |

**B. — LA NATURE JURIDIQUE ET TECHNIQUE DES
OPERATIONS « ASSURANCE-VIE ».**

1. — *Définition juridique :*

— *Les Assurances vie sont des assurances de personnes ayant un caractère forfaitaire et gérées en « capitalisation »*

Les assurances de personnes se caractérisent par la **détermination forfaitaire** des sommes assurées fixées par le contrat conformément à l'article L. 131.1 nouveau du code des assurances :

« Le capital ou la rente garantis sont libellés en francs. En matière d'assurance sur la vie, et après accord de l'autorité administrative, le capital ou la rente garantis peuvent être exprimés en unités de compte constituées de valeurs mobilières ou d'actifs figurant sur une liste dressée par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission des opérations de bourse, du conseil national des assurances et du conseil national de la consommation... ».

De toute façon, qu'elles soient libellées en francs ou en unités de compte (assurances sur la vie à capital variable), **les assurances de personnes se caractérisent par leur caractère forfaitaire**. Elles n'ont aucun caractère indemnitaire et ne sont donc pas limitées par la mesure d'un dommage : plusieurs assurances de personnes peuvent être ainsi cumulées, de même que l'assurance de personne peut se

cumuler avec une indemnité de réparation. L'interdiction d'introduire une clause de subrogation demeure dans toutes les assurances de personnes : assurances « accidents corporels » comme assurance sur la vie.

Les conséquences juridiques du caractère forfaitaire des assurances de personnes expliquent le lien établi par le législateur entre les assurances sur la vie et les assurances contre les accidents (art. L. 131.1) ; leurs règles de gestion accusent, néanmoins, des différences fondamentales.

Les assurances contre les accidents corporels demeurent totalement et uniquement des opérations d'assurance, c'est-à-dire de répartition de risques au sein d'une mutualité organisée : elles sont gérées en répartition comme toutes les assurances de dommages et par les mêmes entreprises.

Les assurances sur la vie constituent en revanche à la fois une « opération d'assurance » et une « opération d'épargne » ; l'ensemble étant géré en capitalisation. Ce mode de gestion impose des règles financières particulières et explique que les entreprises qui gèrent des risques de capitalisation soient distinctes des entreprises qui gèrent des risques en répartition.

Les opérations qui sont exemptes de toute idée de risque sont les « opérations de capitalisation » qui ne sont donc plus des opérations d'assurance, mais uniquement des opérations financières. Depuis le décret du 22 décembre 1972, elles peuvent néanmoins être pratiquées par les mêmes sociétés que celles qui gèrent les assurances sur la vie.

Signalons que l'article L. 150.3 du code des assurances a eu pour objet de rendre obligatoire la participation du porteur de titre aux bénéfices des entreprises de capitalisation. Un décret rendu après avis du Conseil national des assurances a fixé les conditions de cette participation aux bénéfices.

Avant d'examiner les différents types d'assurance-vie, selon les différentes catégories de risques couverts, votre Rapporteur rappellera quelques définitions juridiques simples mais indispensables à une bonne compréhension du mécanisme de l'Assurance-vie.

— Le souscripteur est la partie au contrat qui s'engage envers l'assureur et qui paie les primes. Il doit être capable de contracter. Il peut s'agir d'une personne physique ou une personne morale.

— **L'assuré** est la personne physique sur la tête de laquelle pèse le risque. En matière d'assurance-vie, c'est donc un élément de sa vie (décès-survie) qui sert de référence au risque.

— **Le bénéficiaire** est la personne, physique ou morale, qui est appelée à recueillir le bénéfice du contrat. Selon les modalités très diverses de contrats d'assurances sur la vie, ces trois qualités peuvent se confondre ou être dissociées.

L'assurance sur la vie peut ainsi être juridiquement définie comme le contrat par lequel l'assureur s'engage envers le souscripteur, moyennant une prime, à verser au bénéficiaire désigné une somme déterminée, l'exécution de son obligation dépendant de la durée de la vie de l'assuré.

Les différents types d'assurance-vie correspondant aux différentes catégories de risques couverts

a. — *Les assurances « en cas de vie »*

Parmi celles-ci, on peut distinguer l'assurance de capital différé qui est l'assurance garantissant le paiement d'un capital déterminé. Si l'assuré est encore en vie à l'échéance du contrat, celle-ci étant soit une date déterminée, soit tel âge atteint par l'assuré, soit un certain nombre d'années après la souscription du contrat. Cette formule permet au souscripteur-assuré de se constituer un capital pour l'âge de sa retraite. Si l'assuré décède avant l'échéance, l'assureur n'est plus tenu à aucune obligation et les primes payées n'apportent aucun avantage aux héritiers.

L'assurance de rente en cas de vie permet, quant à elle, au souscripteur de se constituer une rente.

Il existe en général deux types d'assurance de rente en cas de vie :

L'assurance de rente immédiate, versée par l'assureur dès la conclusion du contrat, qui est possible contre le paiement d'une prime unique lors de la souscription du contrat : le « capital constitutif de la rente ».

L'assurance de rente différée dans laquelle le souscripteur ne désire recevoir le paiement de la rente qu'à l'époque de sa retraite, en contrepartie de primes annuelles temporaires ; s'il décède avant l'échéance, l'assureur est libéré de sa dette.

La contre-assurance annexée aux assurances en cas de vie.

Dans l'assurance de capital différé comme dans l'assurance de rente différée, le décès de l'assuré libère l'assureur de toute obligation. Aussi, pour éviter la perte des primes sans contrepartie pour les héritiers, le contrat peut-il être stipulé « avec contre-assurance », c'est-à-dire moyennant le remboursement des primes si l'assuré décède avant l'échéance : dans une telle formule, l'assureur ne perd pas tout avantage d'abord parce qu'elle constitue la garantie d'un risque particulier (le décès avant l'échéance) pour laquelle il perçoit une prime spécifique, ensuite, parce qu'il garde les intérêts des placements effectués avec les primes perçues.

b. — Les assurances en cas de décès

Il convient, là encore, de distinguer l'assurance en cas de décès « vie entière » et l'assurance temporaire décès : la première garantit, lors du décès de l'assuré, à quelque époque qu'il survienne, le paiement au bénéficiaire du capital fixé au contrat. Il y a « assurance vie entière à primes viagères » si l'assuré-souscripteur s'engage à verser des primes toute sa vie ; plus souvent, il ne s'engage à verser des primes que jusqu'à l'âge de sa retraite, l'assurance-vie entière est alors à « primes temporaires ».

L'assurance temporaire-décès ne garantit, quant à elle, le paiement du capital prévu au contrat que si le décès survient avant une date déterminée.

Cette combinaison ne constitue pas une épargne, car si l'assuré est toujours vivant à l'échéance, l'assureur est dégagé de toute obligation ; elle constitue, en revanche, une garantie de sécurité pour le cas de décès prématuré de l'assuré.

Il convient encore d'évoquer l'assurance de survie dont la caractéristique principale est d'assortir l'obligation de l'assureur d'une condition : l'assureur ne s'engage à verser le capital déterminé

au contrat au bénéficiaire désigné, que si celui-ci survit à l'assuré. S'il lui est prédécédé, l'assureur ne doit rien, alors que, dans l'assurance en cas de décès ordinaire, l'assureur doit payer sa prestation soit à un bénéficiaire désigné, soit aux héritiers de l'assuré. Le coût de cette assurance est évidemment fonction des âges respectifs de l'assuré et du bénéficiaire ce qui permet d'évaluer les chances statistiques de survie.

c. — *Les assurances mixtes*

Il convient de relever quatre grandes catégories d'assurances mixtes :

L'assurance mixte ordinaire est l'assurance qui garantit le paiement d'un capital soit au décès de l'assuré, si ce décès survient avant une certaine date (temporaire-décès), soit en cas de vie à l'échéance (capital différé). Plutôt qu'une assurance « mixte », on peut dire qu'il s'agit d'une assurance « alternative » ; elle couvre en effet deux risques « contradictoires » (décès/survie) dont un seul se réalisera.

Cette combinaison est très pratiquée même si elle est la plus onéreuse, les assurés devant payer des primes calculées pour les deux risques.

L'assurance mixte à terme fixe est l'assurance qui garantit le paiement de la somme prévue au contrat à une date déterminée, que l'assuré soit vivant ou non : l'assureur paiera sa prestation soit à l'assuré s'il est encore vivant à l'échéance, soit au bénéficiaire désigné s'il est prédécédé. La date du décès constitue néanmoins l'aléa du contrat car elle met fin au paiement des primes, sans modifier l'échéance du contrat.

L'assurance dotale diffère de l'assurance à terme fixe par la condition de survie du bénéficiaire : utilisée pour doter un enfant à sa majorité, l'assureur est dégagé de toute obligation s'il est prédécédé. Une contre-assurance permet alors le remboursement des primes.

Selon le ministère de l'Economie et des Finances, les assurances de capital différé représentent environ 8 % des contrats, les assurances temporaires en cas de décès 21 % des contrats, les assurances en cas de décès vie entière 13 % des contrats, les assurances mixtes 55 % des contrats, et les diverses autres formules 3 % des contrats.

d. — *Les assurances complémentaires*

On appelle « assurances complémentaires » les assurances souscrites accessoirement au contrat d'assurance sur la vie en vue d'offrir aux assurés des garanties complémentaires. Il s'agit par exemple de permettre à l'assuré de maintenir le processus de sécurité et d'épargne qu'il a engagé, en lui assurant le service de ses primes d'assurance-vie lorsqu'il n'est plus en mesure de les payer pour des raisons indépendantes de sa volonté (invalidité, chômage) de donner à l'assuré la faculté de percevoir le capital décès prévu au contrat alors même qu'il n'est pas décédé mais qu'il est atteint d'une invalidité telle que la situation économique de la famille en est affectée de manière semblable ou encore de prévoir le doublement du capital décès lorsque celui-ci survient d'une façon particulièrement brutale (par exemple dans un accident de la circulation).

On distingue trois branches dans l'assurance-vie :

- Le contrat individuel (« grande Branche »)
- Les assurances de groupe (art. R. 140-1 à R 140-8 du Code)
- Les assurances *populaires*

2. — *Les éléments fondamentaux du « contrat individuel » d'assurance-vie (« grande branche ») :*

Le consentement du souscripteur

Aux termes de la loi du 7 janvier 1981, le *consentement* du souscripteur implique que celui-ci ait eu connaissance, avant la souscription, d'un certain nombre d'informations sur le contrat et dispose de la faculté d'exercer, durant un certain délai, un *droit de renonciation*.

Le deuxième alinéa de l'article L. 132.5.1 énonce ainsi que :

« La proposition d'assurance ou la police d'assurance doit comprendre un modèle de lettre type destiné à faciliter l'exercice de (cette) faculté de renonciation. L'assureur doit en outre remettre, contre récépissé, une note d'information comportant des indications précises et claires sur les dispositions essentielles du contrat ainsi que

sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Le défaut de remise des documents énumérés au présent alinéa entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu à l'alinéa ci-dessus pendant trente jours à compter de la date de la remise effective de ces documents ».

L'article L. 132.5 énonce, par ailleurs, les dispositions qui devront figurer dans le contrat :

« La police d'assurance sur la vie doit indiquer, outre les énonciations mentionnées à l'article L. 112.4 :

1° Les nom, prénoms et date de naissance de celui ou ceux sur la tête desquels repose l'opération ;

2° L'événement ou le terme duquel dépend l'exigibilité du capital ou de la rente garantis ».

Le droit de renonciation du souscripteur est prévu aux articles L 132-1 et L 132-5-2. Le législateur a tenu à être particulièrement vigilant en cas de démarchage.

« La renonciation ordinaire » est réglementée par l'article L 132.5.1 :

« Toute personne physique qui a signé une proposition d'assurance ou une police d'assurance a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours à compter du premier versement...

« La renonciation entraîne la restitution par l'assureur de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de soixante jours à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

« Toutefois, si le cas de décès était garanti pendant le délai de trente jours mentionné au premier alinéa, l'assureur peut conserver un douzième de la part de la prime annuelle correspondant à la garantie du risque décès ».

On notera le souci de maintenir l'équilibre entre les parties : l'assureur peut conserver le douzième de la prime annuelle corres-

pendant à la garantie-décès immédiatement acquise et maintenue jusqu'à la renonciation.

En cas de démarchage, l'article L. 132.5.2. inséré, lui aussi, dans le Code par la loi du 7 janvier 1981, dispose que :

« Lorsqu'une personne physique sollicitée à son domicile, à sa résidence, à son lieu de travail, ou dans un lieu public, a signé à cette occasion une proposition d'assurance ou une police d'assurance, la renonciation exercée par l'envoi d'une lettre recommandée dans les sept premiers jours du délai prévu à l'article L. 132.5.1 entraîne la restitution sans aucune retenue d'aucune sorte de l'intégralité des sommes qui ont été versées par le contractant, dans le délai maximum de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai. L'assurance conserve effet jusqu'à complète restitution des sommes dues.

« Le défaut de remise contre récépissé des documents énumérés au deuxième alinéa de l'article L. 132-5-1 entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au premier alinéa ci-dessus pendant sept jours à compter de la date de la remise effective de ces documents ».

Ainsi, au délai général de renonciation de trente jours à compter du premier versement, le législateur a juxtaposé en cas de démarchage un délai de sept jours qui permet au souscripteur de renoncer au contrat en recevant la restitution intégrale des primes versées. Si trente jours après la réception de la lettre recommandée l'assureur n'a pas restitué les primes, il devra payer en sus des intérêts de retard au taux légal.

L'accord de l'assuré en cas de contrat sur la tête d'autrui

L'article L. 132.1 pose le principe selon lequel « la vie d'une personne peut être assurée par elle-même ou par un tiers » ; la loi de 1981 a ajouté que plusieurs personnes peuvent contracter une assurance réciproque sur la tête de chacune d'elles par un seul et même acte. Certaines conditions et restrictions ont cependant été instituées ;

— D'abord, la nécessité du consentement de l'assuré à la conclusion du contrat. Seul le souscripteur est partie au contrat avec l'assureur ; l'article L.132.2 fait cependant intervenir l'assuré, qui n'est qu'un tiers, à la conclusion même du contrat : celui-ci doit donner son consentement par écrit avec indication du capital ou de la rente initialement garantie et ceci à peine de nullité du contrat. L'assuré doit de même donner son consentement par écrit pour toute cession ou constitution de gage et pour transfert du bénéfice du contrat souscrit sur sa tête.

Ces précautions s'imposent pour des raisons d'ordre public, la sanction est une nullité absolue, qui peut être invoquée par tout intéressé et n'est pas susceptible de confirmation.

Ensuite, l'interdiction des assurances sur la tête de certains incapables qui ne peuvent donner leur consentement : l'article L. 132.3 interdit ainsi l'assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle ou d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation. La sanction est la nullité du contrat qui peut être invoquée par l'assureur, le souscripteur ou le représentant de l'incapable. Les primes payées doivent être intégralement restituées et des sanctions pénales sont applicables à l'assureur et au souscripteur.

On observera cependant que l'article L. 140.1 institue une dérogation pour l'assurance de groupe : le représentant légal d'un majeur en tutelle peut adhérer au nom de ce dernier à un contrat d'assurance de groupe en cas de décès, conclu pour l'exécution d'une convention de travail ou d'un accord d'entreprise.

Enfin, dans l'hypothèse où l'assurance en cas de décès est prise sur la tête d'un mineur de plus de 12 ans, sont exigés à la fois le consentement personnel de l'incapable et celui de son représentant légal.

Déclaration et contrôle des risques dans les assurances en cas de décès

La souscription d'une « assurance en cas de vie » ne recèle aucun risque de fraude dès lors que l'âge de l'assuré est déclaré de bonne foi. En revanche, la garantie d'une « assurance en cas de

décès » entraîne toujours un examen, par l'assureur, des risques qui lui sont soumis.

Les facteurs généraux qui influent sur la mortalité sont l'âge, le sexe, la profession, le climat, etc... ; un certain nombre de facteurs particuliers peuvent cependant modifier l'appréciation du risque : l'état de santé de l'assuré ou ses antécédents physiologiques par exemple qui permettent de détecter les risques aggravés que l'assureur refusera de garantir.

La déclaration des risques par l'assuré

L'assuré doit remplir avec sincérité et précision un questionnaire médical annexé à sa proposition ; s'il s'agit d'une assurance en cas de décès sur la tête d'autrui, c'est l'assuré lui-même qui devra le remplir.

La sanction des déclarations irrégulières

En principe, les déclarations de mauvaise foi sont sanctionnées par la nullité du contrat et les irrégularités de bonne foi par la réduction proportionnelle des primes. Cependant, certaines règles particulières doivent être relevées :

Il peut y avoir erreur sur l'âge de l'assuré : il s'agit là d'une appréciation fondamentale du risque de décès. L'article L. 132.26 édicte donc les règles suivantes :

Soit l'âge réel de l'assuré se situe en dehors des limites fixées pour la conclusion du contrat par les tarifs de l'assureur (souvent 16-60 ans) : le contrat est alors considéré comme nul et l'assureur doit restituer les primes perçues.

Soit l'âge réel de l'assuré se situe dans les limites du tarif : si la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue par rapport à l'âge exact de l'assuré (réduction proportionnelle de prime) ; en revanche, si l'erreur sur l'âge a entraîné le paiement d'une prime excessive pour le capital assuré, celui-ci n'est pas modifié mais l'assureur doit restituer le trop perçu.

Il faut souligner que ces règles s'appliquent, que l'erreur sur l'âge de l'assuré ait été commise de bonne ou de mauvaise foi.

— Il convient de noter que des **clauses d'incontestabilité** sont souvent insérées dans les polices d'assurance sur la vie. Aux termes de ces clauses, les assureurs renoncent à invoquer l'irrégularité dans les déclarations des risques, soit dès la conclusion du contrat, soit à l'expiration d'un certain délai qui est souvent de deux ans.

Cette clause évite les difficultés d'application de la réduction proportionnelle de prime de l'article L. 113.9 lorsque, de bonne foi, une maladie n'a pas été révélée à l'assureur lors de la conclusion du contrat. En revanche, l'ordre public s'oppose à ce que la mauvaise foi soit ainsi couverte et la clause d'incontestabilité ne fait pas obstacle à la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle.

— **On évoquera aussi l'obligation de l'assureur au paiement de la provision mathématique du contrat** : la loi introduit une disposition d'après laquelle même dans l'hypothèse de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré ou de suicide volontaire et conscient ou dans le cas où le contrat exclut la garantie du décès en raison de sa cause, l'assureur, au lieu de ne rien restituer, reverse le montant de la provision mathématique du contrat soit au contractant, soit, en cas de décès, au bénéficiaire.

— **En ce qui concerne les non-déclarations des aggravations de risque**, il convient d'observer que les assurances en cas de décès sont précisément souscrites pour garantir les aggravations mortelles de l'état de santé de l'assuré. Aussi, les aggravations de risque n'ont pas à être déclarées au cours du contrat.

Rappelons enfin que les dispositions de l'article L. 112.2, alinéa 2, selon lesquelles la proposition faite par lettre recommandée de modifier un contrat est considérée comme acceptée si l'assureur ne refuse pas cette proposition dans les dix jours, n'est pas applicable aux assurances sur la vie, car le danger d'anti-sélection est ici évident, l'assuré modifiant son contrat en fonction de l'évolution de son état de santé.

Le contrôle de l'assureur par la visite médicale

Le contrôle des risques par l'assureur se fonde tout d'abord sur l'examen de la proposition d'assurance et du questionnaire qu'il

comporte. Un examen médical effectué à sa demande par un médecin qu'il rémunère à cet effet, revient souvent compléter son information. L'examen médical porte notamment sur les différentes données révélées par les statistiques pour évaluer les risques de mortalité.

Le rapport médical ne doit en aucun cas être communiqué aux intermédiaires d'assurance, agents ou courtiers.

Si le risque, ainsi examiné, est sain, l'application du tarif en fonction de l'âge de l'assuré et du capital assuré, ne pose aucun problème. Si en revanche, le risque présente une telle gravité qu'il est inacceptable pour l'assureur, celui-ci peut purement et simplement le refuser.

L'assureur peut néanmoins accepter un risque « de surmortalité » du fait par exemple de l'exercice d'une profession dangereuse, soit en exigeant une surprime, soit en retenant le tarif applicable à un âge supérieur à celui de l'assuré, soit encore en proposant une modalité différente de contrat (part exemple, mixte).

L'examen médical n'est cependant pas une pratique constante : c'est une modalité de sélection coûteuse pour l'assureur, et souvent mal accueillie par les assurés. Aussi, n'est-il utilisé ni dans les assurances de groupe, ni pour les assurances populaires.

D'une manière générale, les assureurs tendent aujourd'hui à supprimer l'examen médical en présence de contrats d'un montant limité, en portant toute leur attention à un questionnaire très détaillé et en prévoyant un *délai de carence* qui n'est d'ailleurs pas applicable en cas de décès accidentel.

3. -- Les assurances de groupe :

Les Assurances de Groupe sont des assurances souscrites collectivement par un ensemble de personnes qui présentent des caractères communs et peuvent donc être soumises au même régime.

Pour l'assureur, elles présentent le double avantage *de ne pas comporter une antisélection des risques* comme souvent dans l'assurance individuelle (où ceux qui se sentent de santé plus vulnérable

souscrivent de préférence une assurance en cas de décès) et de réaliser une compensation collective à l'intérieur même du groupe.

Elles permettent aux collectivités professionnelles, dans le cadre des entreprises, d'offrir aux salariés, à un coût modéré, des garanties complémentaires aux régimes sociaux obligatoires. Ces assurances connaissent actuellement un grand développement dans divers secteurs :

Elles sont notamment utilisées par les organismes de crédit pour se garantir contre diverses causes de carence de leurs débiteurs (décès, invalidité, accident, mais aussi chômage, insolvabilité...).

Elles sont aussi offertes par les banques pour couvrir un éventuel découvert du compte en cas de décès.

On observera que l'article 6 de la loi du 13 juillet 1979 a précisé dans quelles conditions le prêteur peut offrir des assurances dont la garantie conditionne l'octroi du crédit :

« Lorsque le prêteur offre à l'emprunteur ou exige de lui l'adhésion à un contrat d'assurance collective qu'il a souscrit en vue de garantir, en cas de survenance d'un des risques que ce contrat définit, soit le remboursement total ou partiel du montant du prêt restant dû, soit le paiement de tout ou partie des échéances dudit prêt, les dispositions suivantes sont obligatoirement appliquées :

— une notice, énumérant les risques garantis et précisant toutes les modalités de la mise en jeu de l'assurance au contrat de prêt, est annexée ;

— toute modification apportée ultérieurement à la définition des risques garantis ou aux modalités de la mise en jeu de l'assurance est inopposable à l'emprunteur qui n'y a pas donné son acceptation ;

— lorsque l'assureur a subordonné sa garantie à l'agrément de la personne de l'assuré et que cet agrément n'est pas donné, le contrat de prêt est résolu de plein droit à la demande de l'emprunteur sans frais, ni pénalité d'aucune sorte. Cette demande doit être présentée dans le délai d'un mois à compter de la notification du refus de l'agrément ».

La nature même de « l'assurance de groupe » suscite certaines difficultés juridiques dont la jurisprudence rend compte : les carac-

téristiques du contrat, et ses modifications éventuelles sont adoptées par les parties qui sont ici l'assureur et l'organisme de crédit souscripteur.

La résiliation ou la modification du contrat d'assurance sont donc opposables à l'assuré, dont le seul recours reste la mise en jeu de la responsabilité contractuelle de l'organisme de crédit.

La nature des assurances de groupe

Les assurances de groupes sont à la fois des assurances sur la vie, des assurances maladie et accident, et des assurances de dommages en remboursement des frais médicaux. Les contrats souscrits comprennent, en général, une assurance temporaire en cas de décès, renouvelable annuellement par tacite reconduction pour chaque personne assurée, une assurance de rente différée en cas de vie qui constitue une retraite par capitalisation.

Le régime juridique de l'assurance de groupe :

Il est actuellement régi par les articles R. 140.1 à R. 140.8 du Code des Assurances.

L'assurance de groupe utilise les techniques juridiques de la stipulation pour autrui et de l'assurance pour compte. En effet, le contractant (par exemple le chef d'entreprise) souscrit une assurance de groupe pour le compte de telle catégorie de ses salariés qui auront la qualité d'assurés. Si l'assurance comporte un risque de décès, ceux-ci désignent à leur tour les bénéficiaires du contrat en cas de sinistre : ainsi l'assurance de groupe est-elle fréquemment réalisée par des stipulations pour autrui à plusieurs degrés.

On distingue généralement « l'assurance de groupe à adhésion obligatoire » et « l'assurance de groupe à adhésion facultative ».

a. — « l'assurance de groupe à adhésion obligatoire ».

Elle doit remplir les conditions suivantes :

— être souscrite par un organisme ayant un objet autre que cette souscription (entreprise, association...) ;

— grouper 75 % au moins de l'effectif assurable ou 75 % au moins d'une fraction de celui-ci, définie en fonction d'un critère objectif autre que l'âge, et notamment de la qualification, de l'ancienneté, du revenu professionnel... ;

— prévoir un capital assuré d'après un critère objectif qui doit être le même pour tous ;

— compter au moins vingt-cinq assurés, éventuellement par la réunion de plusieurs souscripteurs remplissant les conditions légales.

Il faut préciser que l'effectif assurable est déterminé par le souscripteur (par exemple telle catégorie de salariés ou d'emprunteurs) et que l'effectif assuré est déterminé par l'assureur, au sein de l'effectif assurable, et conformément à ses impératifs techniques (par exemple l'état de santé de l'assuré).

La terminologie d'adhésion « obligatoire » est mal venue, car non seulement l'assureur détermine librement les « assurés » parmi les « assurables », mais encore les assurables eux-mêmes peuvent refuser d'adhérer à une convention qui laisse à leur charge une part des primes.

Il faut en effet noter qu'en cours de contrat, si « l'assureur vie » n'a pas d'action en paiement des primes (art. L. 132-20), l'organisme stipulant peut en revanche valablement réclamer à ses adhérents le versement des cotisations que ceux-ci se sont engagés à verser.

b. — « *l'assurance de groupe à adhésion facultative* »

On qualifie l'assurance de groupe « assurance de groupe à adhésion facultative » lorsque l'une des conditions précisées plus haut ne sont pas remplies. L'assurance de groupe comporte en tout état de cause une multitude de têtes assurées par un seul contrat. L'assuré-adhérent donne son consentement à l'assurance en signant un bulletin d'adhésion et l'assureur prend autant d'engagements qu'il y a de personnes assurées.

La prime est « nivelée » d'après l'âge moyen des assurés et calculée en pourcentage des salaires : elle est payée par le seul souscripteur, mais celui-ci retient une part de la prime sur le salaire des assurés qui ont adhéré.

La branche assurance de groupe procure aux compagnies des bénéfiques limités, même si le portefeuille a tendance à s'apprecier avec la progression des salaires.

4. — *Les assurances populaires :*

Aux termes de l'article L. 132-28 du Code des Assurances :

« Sont considérées comme assurances populaires les assurances sur la vie, à primes périodiques, sans examen médical obligatoire, dont le montant ne dépasse pas, sur la même tête, la maximum fixé par décret et dans lesquelles, en l'absence d'examen médical, le capital stipulé n'est intégralement payable en cas de décès que si le décès survient après un délai spécifié au contrat ».

Les assurances populaires ont donc un régime simplifié et visent les milieux les plus modestes.

Les risques garantis sont ceux de toute assurance sur la vie : assurance en cas de décès, assurance en cas de vie ou assurance mixte. *En l'absence d'un examen médical* qui rendrait trop onéreuse l'assurance en cas de décès, la garantie est soumise à un délai de carence fixé par le contrat, mais qui ne s'applique pas en cas de décès accidentel.

Le capital fixé au contrat ne doit pas dépasser un maximum en capital que l'article R. 132.1 fixe à 1 fois le plafond de la Sécurité Sociale et si le contrat est fixé en rentes annuelles, à 10 % de ce montant.

Le paiement des primes doit être périodique et cette périodicité suit souvent celle du paiement du salaire. Cependant, l'obligation au paiement de la première prime a été supprimée par la loi du 3 janvier 1972 relative au démarchage à domicile.

Aux termes de l'article L. 132.28, l'assureur est, en assurances populaires, dispensé d'envoyer une lettre recommandée pour non-paiement des primes : c'est la simple expiration des délais de droit commun de dix jours plus quarante jours qui entraînent les effets du non-paiement.

C. — LA PRIME ET LES DROITS DE L'ASSURE SUR LA PROVISION MATHÉMATIQUE EN ASSURANCE-VIE

Mais l'assurance sur la vie constitue aussi une opération d'épargne puisque l'assureur doit prévoir la constitution d'un capital qui sera payé à l'échéance.

Ainsi, l'assureur prélève-t-il d'une part *une prime de risque* qui couvre le *risque de décès* dans l'année, et d'autre part, une *prime d'épargne* qui, *accumulée et capitalisée*, doit *constituer une réserve égale au capital exigible la dernière année*. *Cette capitalisation est la source principale de la provision mathématique.*

1. — *La prime*

La prime peut être « unique », le contractant se libérant alors par un seul versement lors de la souscription du contrat.

La prime est « annuelle » lorsque chaque paiement a lieu à la date anniversaire de la souscription du contrat.

Il importe de distinguer la *prime pure* qui représente le coût de la garantie donnée par l'assureur, compte tenu des techniques de l'assurance et des lois de la statistique, de la *prime commerciale* qui constitue le « tarif » de l'entreprise d'assurance, les chargements étant ajoutés à la prime pure.

Le tarif ou prime commerciale comprend *ainsi* trois paramètres — les *tables de mortalité*, qui permettent de calculer la prime de risque, le *taux d'intérêt* et les *chargements* — en fonction desquels la prime est calculée, compte tenu de l'importance du capital assuré.

a. — *Les tables de mortalité*

Les tables de mortalité permettent de déterminer une probabilité statistique de survie ou de décès, pour les individus d'un âge donné à une époque postérieure donnée.

b. — le taux d'intérêt

L'assureur place sur le marché le montant des provisions mathématiques. Aussi garantit-il, dans le contrat, un certain intérêt aux assurés. Plus le taux d'intérêt stipulé est élevé, plus le tarif est bon marché.

Les « taux du tarif », qui diffèrent selon les différentes catégories de contrats d'assurance-vie, sont fixés par le code des assurances (partie réglementaire). Ils sont toujours un peu inférieurs au taux du marché.

Les entreprises d'assurance sont tenues de distribuer aux assurés une partie des bénéfices financiers résultant de l'écart entre les taux du tarif et le taux du marché.

c. — les chargements

La prime pure représente simplement le coût du risque. Le tarif d'inventaire comprend, quant à lui, les *chargements* qui permettent à l'assureur de financer ses frais de gestion.

Au tarif d'inventaire, s'ajoutent enfin d'autres chargements et notamment les frais d'acquisition.

Le chargement de gestion

Le code des assurances fixe un montant minimum de la provision de gestion, comprise dans les provisions mathématiques, permettant de couvrir les frais de gestion pendant la période au cours de laquelle les primes ne sont plus payées.

La « prime pure » augmentée du chargement de gestion est appelée « prime d'inventaire ».

Les frais d'acquisition

A la prime d'inventaire, s'ajoutent différents chargements, en particulier les frais d'acquisition des contrats. Le code des assurances prévoit que le montant global des dépenses de fonctionnement, de

gestion, d'organisation, de production et de commissionnement, de l'acquisition et de l'encaissement ne peut excéder, pour un exercice donné, certains taux selon les catégories de contrats.

d. — le paiement de la prime

Aux termes de l'article L. 132-20 du code des assurances « l'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes. »

Cependant, les assureurs subordonnent toujours la prise d'effet de la garantie prévue au contrat au paiement de la première prime annuelle, afin de couvrir les frais d'établissement du dossier.

Le caractère facultatif du paiement des primes ne vise que les rapports entre l'assureur et le souscripteur, mais l'engagement de payer des primes que l'assuré a pu contracter envers le souscripteur, organisme professionnel ou établissement de crédit, est valable. On observera qu'en ce qui concerne les assurances de groupe, le souscripteur du contrat est tenu au paiement des primes. D'autre part, le *bénéficiaire* a, par évidence, intérêt au maintien du contrat peut toujours valablement se substituer au souscripteur défaillant pour le paiement des primes.

En cas de non-paiement, l'article L. 132-20 du code dispose que : « lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur adresse au contractant *une lettre recommandée* par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours, à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement, à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, de la prime ou fraction de prime échue ainsi que des primes éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne :

— soit la résiliation du contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat ;

— soit l'avance par l'assureur, de la prime ou fraction de prime non payée, dans la limite de la valeur de rachat du contrat, selon des modalités déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur, après avis de l'autorité administrative ;

— soit la réduction du contrat dans le cas où le contractant renonce expressément à l'avance ci-dessus, avant l'expiration du délai de quarante jours précité.

L'envoi de la lettre recommandée par l'assureur rend la prime portable dans tous les cas. »

Ainsi, à l'expiration d'un délai de 40 jours, intervient soit la résiliation pure et simple, soit la réduction du contrat, soit enfin, l'avance par l'assureur de la prime ou fraction de prime non payée.

Les conséquences du non paiement varient selon le type de contrat.

Il y a résiliation pure et simple dans les contrats qui ne suscitent pas la constitution d'une provision mathématique au profit de l'assuré, c'est-à-dire :

Dans les contrats d'assurance temporaire où il n'y a qu'une prime de risque calculée sur la période garantie et définitivement acquise à l'assureur si le risque ne se réalise pas ;

Dans les autres contrats, tant que trois primes annuelles au moins n'ont pas été payées, car ce n'est qu'au-delà que, les frais de gestion étant couverts, la provision mathématique commence à se constituer.

En revanche, *dès que le contrat comporte une provision mathématique*, l'assuré peut exercer ses droits de créancier.

2. — *Les droits de l'assuré sur la provision mathématique :*

a. — *les provisions mathématiques*

Les droits de l'assuré sur la provision mathématique du contrat peuvent être exercés par trois moyens principaux : le rachat, la réduction et l'avance sur police.

On rappellera que l'article R. 331-3-1 du code des assurances définit les provisions mathématiques comme la « différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés ».

Ces provisions mathématiques, on l'a vu, ont deux origines :

- le nivellement de la prime de risque ;
- la capitalisation des primes à intérêts composés.

Le calcul du montant des « provisions mathématiques » est donc déterminé par le calcul actuariel fondé sur les tables de mortalité et les intérêts composés.

b. — le rachat du contrat

Le rachat est l'opération par laquelle, à la demande du souscripteur, l'assureur « rachète la dette conditionnelle ou à terme qu'il a contractée, par un remboursement qui met fin au contrat ».

Le rachat ne peut s'exercer que si le contrat comporte une provision mathématique.

Le rachat est de droit à la demande du souscripteur lorsqu'au moins deux primes annuelles ont été payées.

Rappelons que, d'une part, le projet de loi permet le rachat, par le souscripteur, si 15 % au moins des primes ont été payés, et que, d'autre part, il permet cette fois à l'assureur de substituer d'office le rachat à la réduction si la valeur de rachat est d'un montant peu important fixé par décret.

c. — la réduction du contrat

La « réduction » est l'opération résultant du défaut de paiement de primes lorsque le contrat comporte une provision mathématique et que deux primes annuelles au moins ont été payées.

Le calcul de la réduction suppose une référence à la « prime unique pure » du contrat d'assurance-vie : cette prime unique pure est le versement global que doit effectuer le souscripteur d'un contrat lors de sa conclusion pour qu'au terme du contrat, et compte tenu de la capitalisation des intérêts, on obtienne le capital assuré. Si les primes ne sont plus payées (après au moins deux primes annuelles ou 15 % au moins des primes aux termes du projet de loi) et si l'assuré le demande expressément, le capital garanti sera réduit au montant que l'assuré obtiendrait en souscrivant une même assurance et en payant une prime unique pure du montant de la provision mathématique de son contrat.

d. — l'avance sur police

L'avance sur police est l'opération qui permet à l'assureur de consentir au souscripteur du contrat la remise d'une partie de la provision mathématique de son contrat ; l'assurance devient alors un instrument de crédit

Alors que le rachat met définitivement fin au contrat d'assurance sur la vie, l'avance sur police n'interrompt pas l'opération d'épargne entreprise par le souscripteur.

L'avance est faite moyennant le paiement d'intérêts à l'assureur qui perd le revenu des placements correspondants ; il est souvent prévu que, en cas de non paiement des intérêts stipulés, il y aura rachat d'office mettant fin au contrat.

Aux termes de l'article L. 132-22, du code des assurances, l'assureur n'est pas obligé de consentir une avance ; celle-ci sera d'ailleurs limitée à la valeur de rachat du contrat. En remboursant l'avance, le souscripteur conserve son assurance ; si l'échéance du contrat survient avant le remboursement de l'avance, l'assureur retient, sur la somme assurée, le montant de l'avance et le cas échéant, les intérêts impayés.

L'avance tend ainsi à devenir un « mode de paiement » de la prime impayée.

On signalera, enfin, que la police d'assurance-vie peut être mise en gage par un assuré souscripteur afin d'assurer une garantie à un créancier.

Aux termes de l'article L. 132-10 du code des assurances, en effet, « la police d'assurance peut être donnée en gage, soit par avenant, soit par endossement à titre de garantie si elle est à ordre, soit par acte soumis aux formalités de l'article 2075 du code civil ».

D. — LE BENEFICIAIRE DE L'ASSURANCE-VIE

1. — La détermination du bénéficiaire

On soulignera que la désignation du bénéficiaire est un droit personnel du souscripteur -stipulant qui peut soit l'effectuer en

favur d'un créancier, pour lequel l'assurance constituera une garantie, soit la faire à titre purement gratuit.

Cette désignation peut intervenir soit au moment de la souscription du contrat et dans la police elle-même, soit ultérieurement et jusqu'à la mort de l'assuré, par simple lettre envoyée à l'assureur, par avenant ou par testament.

L'article L. 132-25 du code des assurances précise cependant que « lorsque l'assureur n'a pas eu connaissance de la désignation d'un bénéficiaire, par testament ou autrement, ou de l'acceptation d'un autre bénéficiaire, ou de la révocation d'une désignation, le paiement du capital ou de la rente garantis fait à celui qui, sans cette désignation, cette acceptation ou cette révocation, y aurait eu droit, est libératoire pour l'assureur. »

Les bénéficiaires sont déterminés soit directement soit indirectement. L'article L. 132-8 du code des assurances dispose que :

« Le capital ou la rente garantis peuvent être payables lors du décès de l'assuré à un ou plusieurs bénéficiaires déterminés.

« Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés la stipulation par laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à une ou plusieurs personnes qui, sans être nommément désignées, sont suffisamment définies dans cette stipulation pour pouvoir être identifiée au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis.

« Est notamment considérée comme remplissant cette condition la désignation comme bénéficiaires des personnes suivantes :

— les enfants nés ou à naître du contractant, de l'assuré ou de toute autre personne désignée ;

— les héritiers ou ayants droit de l'assuré ou d'un bénéficiaire prédécédé.

L'assurance faite au profit du conjoint profite à la personne qui a cette qualité au moment de l'exigibilité.

Les héritiers, ainsi désignés, ont droit au bénéfice de l'assurance en proportion de leurs parts héréditaires. Ils conservent ce droit en cas de renonciation à la succession.

2. — *La révocation du bénéficiaire*

Avant toute acceptation du bénéficiaire, la révocation constitue un droit pour le stipulant.

Le dernier alinéa de l'article L. 132-8 du code des assurances énonce que :

« En l'absence de désignation d'un bénéficiaire dans la police ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le contractant a le droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre. Cette désignation ou cette substitution ne peut être opérée, à peine de nullité, qu'avec l'accord de l'assuré, lorsque celui-ci n'est pas le contractant. Cette désignation ou cette substitution peut être réalisée soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par endossement quant la police est à ordre, soit par voie testamentaire. »

Mais l'acceptation du bénéficiaire fait obstacle à toute révocation de la désignation. Après l'acceptation, le souscripteur ne peut plus -sans l'accord du bénéficiaire- révoquer sa désignation ni expressément, ni tacitement en exerçant sa faculté de rachat. Il peut toutefois cesser de payer les primes ; le bénéficiaire a alors, on l'a vu, la faculté de « pallier » sa défaillance pour maintenir le contrat.

Le principe du « blocage » du contrat par l'acceptation du bénéficiaire souffre cependant quelques rares exceptions parmi lesquelles la tentative de meurtre faite par le bénéficiaire sur la personne du stipulant.

E. — LA PARTICIPATION DES ASSURÉS AUX BÉNÉFICES DES ENTREPRISES D'ASSURANCES.

On distingue, en assurance vie, les **bénéfices techniques**, d'une part, les **bénéfices financiers**, d'autre part.

1° Les **bénéfices techniques** sont les **bénéfices de mortalité** et les **bénéfices de gestion**.

— les **bénéfices de mortalité** résultent de la différence entre la mortalité réelle des assurés en cas de décès et la mortalité théorique indiquée par les calculs actuariels.

— **les bénéfices de gestion** résultent de la différence entre les frais de gestion inclus dans le chargement de la prime et les frais réellement exposés.

L'article L 132-29 du Code impose, aux assureurs, une participation des assurés aux bénéfices après l'établissement d'un **compte technique** (le montant minimum de la participation des assurés est de 50 % du solde créditeur de ce compte art. A 132-3 et A 132-5 du Code).

L'article R 331-3-2° définit ainsi la provision pour participation aux excédents : « Montant des participations aux bénéfices attribués aux bénéficiaires de contrats lorsque ces bénéfices ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits ».

2° Les bénéfices financiers sont les bénéfices d'intérêt et les bénéfices sur plus-values.

Les bénéfices d'intérêt résultent de la différence entre le taux des placements effectués par l'assureur et le taux d'intérêt dont il crédite les provisions mathématiques.

— **Les bénéfices sur plus-values** sont la conséquence de la valorisation des valeurs acquises à partir des provisions mathématiques. Une provision (art. R 331- 3-3°), dite provision de capitalisation et dont le but est de maintenir les garanties offertes aux assurés en amortissant les fluctuations de valeurs et d'intérêts de placement effectuées, est ainsi définie : « réserve destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de la société et à la diminution de leurs revenus ».

De même qu'il impose aux assureurs l'établissement d'un compte technique (participation minimum des assurés : 50 %) sur les bénéfices techniques, le Code (art. A 132-4) exige, sur les bénéfices financiers, l'établissement d'un **compte financier** dont 85 % du solde créditeur sont répartis entre les assureurs (art. A 132- 5).

La répartition des bénéfices peut être effectuée en proportion des capitaux assurés, des primes versées ou de la provision mathématique du contrat (solution la plus souvent retenue). L'assureur, au terme de chaque exercice, en fixe la part revenant à chaque assuré.

El peut la lui régler directement.

Il peut la déduire de la prochaine prime à échoir.

Il peut encore « valoriser le contrat », soit en capitalisant cette part, soit en la portant en augmentation de la provision mathématique.

Dans ces contrats, ainsi « valorisés », compte tenu des bénéfices des assureurs, le capital est périodiquement réévalué dans la même proportion que la provision mathématique ; le prime est elle-même majorée dans la mesure où son taux inchangé s'applique à un capital lui-même réévalué.

IV. — LES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI

L'objectif du projet de loi est d'améliorer l'information des assurés tant à la souscription (conditions de dénonciation facilitées pour l'assuré et obligations d'information de l'assureur renforcées) qu'en cours de contrat (les assurés étant mis en mesure de connaître avec précision et périodiquement le montant du capital garanti) compte tenu des participations bénéficiaires qui leur reviennent.

1. — *Les dispositions relatives aux assurances sur la vie :*

Le projet (article Premier) facilite pour le souscripteur l'exercice du droit de renonciation :

— en *renforçant* les obligations d'information préalable de l'assureur :

— indication dans la proposition ou police d'assurance, pour les contrats qui en comportent, des valeurs de rachat annuelles pour les six premières années d'assurance au moins ;

— mention dans la note d'information, obligatoirement remise avec récépissé par l'assureur, du sort de la garantie décès si le souscripteur exerce son droit de renonciation ;

— en étendant le droit de renonciation du souscripteur au cas où le contrat définitif comporte des exclusions ou limitations non conformes à l'offre originelle (délai de 30 jours à compter de la réception par le souscripteur de la police ou de son acceptation écrite des réserves ou modifications par rapport à l'offre originelle) ;

— en supprimant le droit de l'assureur à la conservation du 1/12^e de la prime annuelle correspondant à la garantie du risque décès, au cas où le cas de décès était garanti dans le délai de 30 jours durant lequel le souscripteur a exercé son droit de renonciation ;

— en réduisant de 60 à 30 jours le délai de remboursement par l'assureur de l'intégralité des sommes versées par le souscripteur en cas d'exercice du droit de renonciation ;

— en renforçant la sanction prévue en cas de dépassement du délai de 30 jours pour le remboursement ci-dessus mentionné (intérêts de retard portés au double du taux légal)

En conséquence, le projet de loi (art. 2) supprime l'article L.132-52 du Code qui prévoyait une procédure spécifique (plus contraignante pour l'assureur) en cas de démarchage).

— Le projet de loi (art. 4) améliore l'information du souscripteur *en cours de contrat* en obligeant l'assureur à communiquer au souscripteur, outre les valeurs de réduction et de rachat de son contrat, *le montant des capitaux garantis* et de la prime *compte tenu des attributions des participations bénéficiaires qui ont un caractère définitif*. Cette obligation doit s'exercer à l'initiative de l'assureur, et chaque année, durant la période où sont payées les primes. Le projet prévoit d'autre part le cas de *contrats qui ne comportent plus de paiement de primes* (cas d'un contrat à prime unique ou libéré du paiement des primes) ; il est alors prévu que l'assureur doit communiquer au souscripteur *qui lui en fait la demande*, pour une année donnée, la valeur de rachat du contrat et le montant des capitaux garantis.

En conséquence, le projet (art. 3) harmonise les dispositions des articles L.132-21 et L.132-22 du Code des Assurances.

Par ailleurs, en cas de retard dans le remboursement par l'assureur de la valeur de rachat du contrat dans les deux mois de la demande faite par le souscripteur, le projet (art. 3) prévoit que les intérêts de retard seront portés au double du taux légal. Ce renforcement de la sanction du retard de l'assureur est à mettre en parallèle avec le renforcement de la sanction du retard de l'assureur pour rembourser les sommes versées en cas d'exercice, par le souscripteur, de son droit de renonciation (art. Premier du projet de loi).

— *Le projet de loi (art. 5) pose le principe de la limitation des pénalités imposées par l'assureur au souscripteur qui demande le rachat de son contrat* ; les auteurs du texte renvoient la fixation de cette limitation à un décret d'application.

— Pour la plupart des assurances-vie : la réduction ou le rachat est de droit pour le souscripteur à condition qu'au moins deux primes annuelles aient été payées (art. L.132-23 du Code).

Le projet de loi (art. 6) améliore la situation du souscripteur en disposant que le versement de 15 % au moins des primes ou cotisations prévues (même si deux primes annuelles n'ont pas été payées) suffira pour ouvrir droit à la réduction ou au rachat. Cette nouvelle disposition, favorable au souscripteur, vise les contrats de courte durée (durée égale ou inférieure à dix ans).

Par ailleurs, le projet innove en permettant, cette fois à l'assureur, de substituer d'office le rachat à la réduction si la valeur de rachat est d'un montant peu important fixé par décret.

— Enfin, le projet de loi abroge le dispositif spécifique relatif aux « assurances populaires » (art. L.132-28 du Code).

L'article L.132-28 du Code, modifié par la loi du 7 janvier 1981, instituait un dispositif spécifique pour la branche « Assurances populaires ». Parmi les règles spéciales, on peut citer la non-obligation pour l'assureur d'envoyer une lettre recommandée à cas d'arrêt du paiement des primes (l'expiration des délais de droit commun de dix jours *plus quarante jours* entraînant les effets de non-paiement) ; l'absence de visite médicale obligatoire ; limitation du capital garanti à un montant maximum fixé, par l'article R.132-1 du Code, à une fois le plafond de la Sécurité Sociale, etc...

Les auteurs du projet de loi souhaitent supprimer pour l'avenir le régime simplifié que constitue la branche populaire ; ils estiment que les règles spécifiques aux assurances populaires n'ont plus de justification, compte tenu de l'évolution du marché.

2. — Les dispositions relatives au contrat de capitalisation :

Les articles 8, 9 et 10 du projet de loi insèrent un article L.150 et un article L.150-4 et remplacent l'article L.150-1 du Code des Assurances ; ils appliquent aux opérations de capitalisations les nouvelles règles régissant les contrats d'assurance-vie *en ce qui concerne le rachat du contrat par le souscripteur, les conditions et les conséquences de l'exercice du droit de dénonciation, l'information du souscripteur au moment de la souscription et en cours de contrat.*

3. — Les dispositions diverses du projet de loi :

Afin de tenir compte de la directive européenne du 5 mars 1979 relative à la liberté d'établissement en matière d'assurance-vie,

l'article 11 du projet de loi complète les dispositions du 3^e alinéa de l'article L. 321-1 du Code des Assurances (déjà modifié, récemment, par l'article 2 de la loi n°83-453 du 7 juin 1983).

L'article L. 321-1 du Code prévoit un régime d'agrément administratif pour les entreprises soumises au contrôle de l'Etat par l'article L. 310-1, c'est-à-dire :

1°) les entreprises qui contractent des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ;

2°) les entreprises de toute nature qui s'engagent à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ;

3°) les entreprises qui font appel à l'épargne en vue de la capitalisation et contractent, en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés ;

4°) les entreprises ayant pour objet l'acquisition d'immeubles au moyen de la constitution de rentes viagères ;

5°) les entreprises d'assurances de toute nature (les entreprises ayant exclusivement pour objet la réassurance n'étant toutefois pas soumises au contrôle de l'Etat) ;

6°) les entreprises qui font appel à l'épargne dans le but de réunir les sommes versées par leurs adhérents, soit en vue de les affecter à des comptes de dépôt portant intérêt, soit en vue de la capitalisation en commun, en les faisant participer aux bénéfices d'autres sociétés qu'elles gèrent ou administrent directement ou indirectement,

7°) les entreprises qui font des opérations d'assistance

Toutes ces entreprises ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément administratif. L'article L. 321-1 dispose aussi que l'agrément est accordé sur demande de l'entreprise, pour les opérations d'une ou plusieurs branches, les entreprises ne pouvant pratiquer que les opérations pour lesquelles elle est agréée.

Pour l'application de la directive communautaire précitée, la loi du 7 juin 1983 a inséré, dans l'article L. 321-1, un nouvel alinéa

disposant qu'« aucun agrément ne peut être accordé à *une même entreprise* pour des opérations définies aux 1°, 2°, 3°, 4° et 6° de l'article L. 310-1 et pour les opérations définies aux 5° et 7° dudit article. »

L'article 11 du projet de loi « renforce » encore les incompatibilités fixées par l'article L. 321-1 du Code afin de bien distinguer les opérations d'assurances sur la vie et les opérations d'épargne ; les entreprises pratiquant des opérations d'épargne devront se limiter à ce type d'opération à l'exclusion des opérations d'assurance-vie.

Par ailleurs, l'article 11 du projet érige au niveau législatif une disposition réglementaire existante posant le principe de la spécialisation des « tontines » (art. R. 321-4).

Rappelons qu'aux termes de l'article R. 322.139 du Code, les sociétés à forme tontinière réunissent leurs adhérents en groupes distincts dénommés « associations » et répartissent à l'expiration de chacune de ces association les fonds¹ provenant de la capitalisation en commun de leurs cotisations, déduction faite de la partie affectée aux frais de gestion, entre les survivants des associations en cas de vie ou entre les ayants droit des décédés des associations en cas de décès, en tenant compte de l'âge des adhérents et de leurs versements.

V. — LES OBSERVATIONS DE VOTRE COMMISSION

D'une manière générale, votre Commission approuve les dispositions d'un projet de loi qui complète et améliore, dans le sens d'une meilleure information des souscripteurs et d'une plus grande clarté des contrats, les dispositions de la loi du 7 janvier 1981 qui avait déjà en son temps assuré une protection plus efficace aux assurés.

Votre Commission est toutefois amenée à exprimer certaines réserves et une interrogation. Les réserves sont de trois ordres :

Les premières tiennent au fait que le projet de loi, dans son article premier modifiant les dispositions relatives à l'exercice du droit de renonciation (art.L 132-5-1 du Code des assurances), ne semble pas avoir tenu compte des contrats temporaires. Il arrive en effet fréquemment que des personnes souscrivent des contrats-décès pour une période courte correspondant par exemple à un voyage à l'étranger. Les nouvelles dispositions de l'article L 132-5-1 du Code des assurances permettraient aux souscripteurs de ce type de contrat de bénéficier en permanence d'une garantie décès mensuelle gratuite dès lors qu'ils exerceraient leur faculté de renonciation et ne se verraient retenir aucune somme au titre de cette garantie. Il y a là une lacune que votre Commission a tenu à relever.

Il semble en effet que, lors des débats au Conseil national des assurances qui ont précédé la présentation de ce projet, les différentes parties intéressées (administration, sociétés d'assurance, intermédiaires, organisations de consommateurs) aient estimé que les contrats temporaires garantissant le risque décès en cas d'accident couvraient à eux seuls ce genre de situation. Votre Commission tient à faire au contraire observer que certains voyageurs sont souvent amenés à souscrire des contrats-décès toutes causes afin de se garantir contre un décès qui ne serait pas forcément accidentel.

C'est pour ces raisons qu'il vous sera proposé à l'article premier, dans le texte remplaçant le deuxième alinéa de l'article L 132-5-1 du Code des assurances, un amendement prévoyant que les nouvelles dispositions ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée inférieure à deux mois.

La seconde réserve qu'exprimera votre Commission porte sur le délai fixé à l'assureur pour rembourser l'intégralité des sommes versées par le souscripteur en cas d'exercice du droit de renonciation. Le projet de loi ramène, on l'a vu, ce délai de 60 à 30 jours. Dans un souci d'harmonie, le titre II du projet relatif aux contrats de capitalisation dispose aussi que la restitution par l'entreprise de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant qui a souscrit un contrat de capitalisation doit s'effectuer dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée (art. 9 du projet instituant un nouvel article L 150-1 du Code des assurances).

Votre Commission considère qu'il sera extrêmement difficile aux entreprises de respecter un délai aussi court : on peut même parier qu'à certaines périodes de l'année, les délais administratifs habituels conjugués au caractère férié d'un certain nombre de journées rendront le respect du délai de 30 jours tout à fait impossible. Votre Commission vous propose donc de préciser que les 30 jours du délai de remboursement seront les jours **ouvrables**. Ce léger assouplissement constitue pour votre Commission une mesure minimum sur laquelle elle ne reviendra pas.

La modification proposée s'appliquera au délai fixé tant à l'assureur qu'à l'entreprise de capitalisation pour rembourser au souscripteur l'intégralité des sommes versées en cas d'exercice du droit de renonciation.

Il vous sera proposé, à cet effet, deux amendements.

En troisième lieu, votre Commission s'élèvera contre les dispositions du projet de loi portant les intérêts de retard prévus en cas de dépassement des délais de remboursement, par les entreprises d'assurance, au double du taux légal. A la connaissance de votre Commission, cette nouvelle disposition n'a pas de précédent. Le projet en fait application à quatre reprises :

— en cas de dépassement du délai de 30 jours pour le remboursement de l'intégralité des sommes versées par le souscripteur en cas d'exercice du droit de renonciation (art. L 132-5-1 du Code des assurances) ;

— en cas de dépassement du délai de deux mois pour le versement par l'assureur au contractant de la valeur du rachat du

contrat lorsque ce dernier lui en a fait la demande (art. L 132-22 du Code des assurances) ;

— en cas de dépassement du délai de deux mois pour le versement par l'entreprise de capitalisation au contractant de la valeur de rachat du contrat lorsque ce dernier lui en fait la demande (art. L 150 du Code des assurances) ;

— en cas de dépassement du délai maximal de 30 jours pour la restitution par l'entreprise de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant en cas d'exercice par celui-ci de son droit de dénonciation (art. L 150-1 du Code des assurances).

Il est difficile de ne pas voir dans cette sur-pénalité une mesure quelque peu vexatoire laissant planer une suspicion sur l'ensemble des entreprises soumises à ce nouveau régime. Autant il semble souhaitable de sanctionner les sociétés qui ne s'acquitteront pas dans les délais légaux des obligations mises à leur charge ; autant l'institution d'une législation d'exception pour l'ensemble d'une profession constitue une mesure parfaitement inacceptable.

C'est pourquoi il vous sera proposé, par quatre amendements, de revenir au droit commun dans tous ces domaines : le droit commun établit qu'à compter de l'expiration du délai de remboursement prévu par la loi les intérêts de retard courent normalement au taux légal.

Avant de passer à l'examen des articles, votre Commission émettra enfin une dernière interrogation. Le présent projet de loi ne constitue, en effet, qu'une partie d'un projet plus vaste qui devait aussi assurer une meilleure information et une meilleure protection des emprunteurs dans le cadre des contrats d'assurance collective garantissant les emprunts immobiliers. Ces dernières dispositions ont été l'objet, comme celles qui constituent le présent projet de loi, d'une longue concertation entre les sociétés d'assurance, les intermédiaires, les organisations de consommateurs et l'administration. Votre Commission ne peut que se faire l'écho de l'étonnement manifesté par un grand nombre de professionnels quant aux raisons du non-dépôt devant le Parlement des dispositions relatives aux contrats d'assurance collective garantissant les emprunts. Elle souhaite obtenir à cet égard des engagements précis du Gouvernement, compte tenu de l'importance actuelle de ce genre de contrats.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

Dispositions relatives aux assurances sur la vie

Art. premier

L'article premier du projet de loi facilite pour le souscripteur l'exercice du droit de renonciation. Il renforce tout d'abord les obligations d'information préalable de l'assureur en obligeant celui-ci à indiquer dans la proposition ou police d'assurance, pour les contrats qui en comportent, les valeurs de rachat annuelles pour les six premières années d'assurance au moins. Le projet exige d'autre part que la note d'information obligatoirement remise avec récépissé par l'assureur au souscripteur mentionne le sort de la garantie-décès si le souscripteur exerce son droit de renonciation.

Le nouvel article L 132-5-1 du projet étend ensuite le droit de renonciation du souscripteur au cas où le contrat définitif comporte des exclusions ou limitations non conformes à l'offre originelle. Il institue à cet effet un nouveau délai de 30 jours courant à compter de la date de réception de la police lorsque celle-ci apporte des réserves ou des modifications essentielles à l'offre originelle ou à compter de l'acceptation écrite par le souscripteur de ces réserves ou de ces modifications.

Le nouvel article L. 132-5-1 du code des assurances réduit par ailleurs de 60 à 30 jours le délai de remboursement par l'assureur de l'intégralité des sommes versées par le souscripteur en cas d'exercice du droit de renonciation ; dans le même temps, il renforce la sanction prévue en cas de dépassement de ce délai de 30 jours en portant les intérêts de retard au double du taux légal.

L'article premier du projet supprime le dernier alinéa de l'article L 132-5-1 du code qui permettait à l'assureur de conserver 1/12^e de la prime annuelle correspondant à la garantie du risque décès si le cas de décès était garanti pendant le délai de 30 jours durant lequel le souscripteur exerçait son droit de renonciation.

L'article premier dispose, enfin, que ses dispositions seront applicables aux contrats souscrits ou transformés six mois après la promulgation de la loi.

Pour les raisons qui ont été présentées dans l'exposé général, votre Commission vous proposera trois amendements à l'article premier. Le premier amendement dispose que le délai de remboursement fixé à l'assureur pour reverser au souscripteur l'intégralité des sommes payées en cas d'exercice du droit de renonciation est un délai de 30 jours ouvrables. Le second amendement écarte la mesure discriminatoire à l'égard des entreprises d'assurance en ce qui concerne le taux des intérêts de retard en cas de dépassement du délai légal. Il vous est ainsi proposé de revenir au droit existant, c'est-à-dire de prévoir que les intérêts de retard courant de plein droit à l'expiration du délai légal de remboursement, en cas de renonciation, seront les intérêts au taux légal.

Votre Commission vous proposera enfin d'insérer au nouvel article L.132-5-1 du code des assurances un dernier alinéa prévoyant, pour préserver l'existence des contrats décès temporaires, que les dispositions relatives à l'exercice du droit de renonciation ne sont pas applicables au contrat d'une durée maximum de deux mois.

Art. 2

L'article 2 supprime l'article L.132-5-2 du code des assurances qui avait été lui-même introduit par la loi n° 81-5 du 7 janvier 1981. Cet article disposait que lorsqu'une personne physique sollicitée à son domicile, à sa résidence, à son lieu de travail ou dans un lieu public, a signé à cette occasion une proposition d'assurance ou une police d'assurance, la renonciation exercée par l'envoi d'une lettre recommandée dans les sept premiers jours du délai prévu à l'article L.132-5-1 entraîne la restitution sans aucune retenue d'aucune sorte de l'intégralité des sommes qui ont été versées par le contractant, dans le délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai. L'assurance conserve effet jusqu'à complète restitution des sommes dues. Le défaut de remise contre récépissé des documents énumérés au deuxième alinéa de

l'article L. 132-5-1 entraîne de plein droit la prorogation du délai de 30 jours pendant 7 jours à compter de la date de la remise effective de ces documents.

La loi du 7 janvier 1981 avait ainsi entendu instituer une procédure spécifique en cas de démarchage en renforçant dans cette hypothèse les droits de l'assuré et les obligations de l'assureur.

Ces dispositions deviennent sans objet du fait de la réforme de l'article L132-5-1 qui est de portée générale et s'appliquera à tous les contrats d'assurance (à l'exception des contrats temporaires si les propositions de votre Commission sont adoptées) qu'il y ait ou non démarchage.

L'article 2 dispose enfin que ses dispositions prendront effet six mois après la promulgation de la loi.

Votre Commission vous propose d'adopter l'article 2 du projet de loi.

Art. 3

L'article 3 du projet harmonise les dispositions des articles L132-21 et L132-22 du code des assurances avec la rédaction du nouvel article L132-22-1 proposé qui distingue à juste titre les contrats selon qu'ils se trouvent dans une période où sont payées les primes ou dans une période ne comportant plus de paiement de primes (hypothèse d'un contrat unique ou libéré du paiement des primes).

L'article L132-21 du code concerne les modalités de calcul de la valeur de réduction du contrat ainsi que l'information du souscripteur sur cette valeur de réduction.

Dans sa rédaction actuelle, il dispose que : les modalités de calcul de la valeur de réduction sont déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur après accord de l'autorité administrative.

Dès la signature du contrat, l'assureur informe le contractant que ce règlement général est tenu à sa disposition sur sa demande. L'assureur doit communiquer au contractant, sur la demande de celui-ci, le texte du règlement général.

L'assureur doit, en outre, communiquer au contractant le montant de la valeur de réduction du contrat à l'échéance annuelle de la prime et précisé, en termes intelligibles dans cette communication ce que signifie l'opération de réduction et quelles sont ses conséquences légales et contractuelles. »

Le I de l'article 3 du projet modifiant le troisième alinéa de l'article L132-21 précise que la communication annuelle par l'assureur du montant de la valeur de réduction du contrat s'effectue **pendant la période où sont payées les primes.**

L'article L132-22 du code concerne, quant à lui, les modalités de calcul de la valeur de rachat, l'information du souscripteur quant à cette valeur et le droit du contractant au rachat de son contrat.

L'actuel article L132-22 dispose ainsi que :

« Les modalités de calcul de la valeur de rachat sont déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur après avis de l'autorité administrative.

Dès la signature du contrat, l'assureur informe le contractant que ce règlement général est tenu à sa disposition sur sa demande. L'assureur doit communiquer au contractant sur la demande de celui-ci le texte du règlement général.

L'assureur doit en outre communiquer au contractant le montant de la valeur de rachat à l'échéance annuelle de la prime et préciser en termes intelligibles dans cette communication ce que signifie l'opération de rachat et quelles sont ses conséquences légales et contractuelles.

Dans la limite de cette valeur, l'assureur peut consentir des avances au contractant.

Sauf dans le cas de circonstances exceptionnelles constatées par décret, l'assureur doit, à la demande du contractant, verser à celui-ci la valeur de rachat du contrat, dans un délai qui ne peut excéder

deux mois. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à compter de l'expiration de ce délai. »

Le II de l'article 3 du projet de loi précise que la communication annuelle par l'assureur du montant de la valeur de rachat du contrat est effectuée **pendant la période où sont payées les primes.**

L'article 3 dispose enfin qu'en cas de retard ce staté dans le versement au contractant de la valeur de rachat du contrat dans le délai de deux mois, les intérêts de retard courront au double du taux légal.

L'article 3 précise enfin que ces dispositions prendront effet six mois après la promulgation de la loi.

Pour les raisons exposées plus haut, votre Commission vous proposera dans un amendement de revenir, ici comme à l'article L132-5-1 du code, au droit commun s'agissant du taux des intérêts de retard.

Art. 4

L'article 4 du projet insère dans le code un article L132-22 précisant que pendant la période où sont payées les primes, l'assureur doit communiquer chaque année au contractant, outre les valeurs de réduction et de rachat (cette obligation d'information existe déjà) **le montant des capitaux garantis et de la prime compte tenu des attributions des participations bénéficiaires qui ont un caractère définitif.**

Le nouvel article dispose aussi que lorsque le contrat ne comporte plus de paiement de primes, l'assureur doit communiquer chaque année au contractant qui en fait la demande pour une année donnée la valeur de rachat et **le montant des capitaux garantis.**

Le nouvel article L. 132-22-1 précise enfin que le contrat devra faire référence à ces obligations d'information.

L'article 4 prévoit que ces dispositions seront applicables aux contrats suscrits ou transformés six mois après la promulgation de la loi.

Ces dispositions vont dans le sens d'une meilleure information, en cours de contrat, du contractant. Votre Commission ne peut que les approuver et vous propose en conséquence d'adopter cet article sans modification.

Art. 5

L'article 5, en instaurant un nouvel article L 132-22-2 dans le code des assurances, pose le principe de la limitation réglementaire des pénalités imposées par l'assureur au souscripteur qui demande le rachat de son contrat. Dans l'exposé des motifs du projet de loi, les auteurs du texte prévoient de fixer, par décret cette limite à 5 % de la provision mathématique du contrat ; Le décret devra d'autre part empêcher toute pénalité à l'issue des dix premières années de ce contrat.

Tout en exprimant certaines réserves sur une limitation réglementaire trop stricte qui pourrait occasionner aux entreprises d'assurance de réelles difficultés de gestion, votre Commission vous proposera d'adopter l'article 5 du projet appelé, lui aussi, à s'appliquer aux contrats souscrits ou transformés six mois après la promulgation de la loi.

Art. 6

L'article 6 remplace le deuxième alinéa de l'article 132-23 du Code des assurances.

Dans son actuelle rédaction, celui-ci dispose que les assurances temporaires en cas de décès ainsi que les rentes viagères immédiates ou en cours de service ne peuvent comporter ni la réduction, ni le rachat.

Il précise encore que les assurances de capitaux, de survie et de rente de survie et que les assurances en cas de vie sans contre-assurance et les rentes viagères déversées sans contre-assurance ne peuvent comporter de rachat.

Il dispose, en revanche, qu'à l'exception des assurances qui viennent d'être énoncées, la réduction ou le rachat est de droit pour le souscripteur à condition qu'au moins deux primes annuelles aient été payées.

L'article 6 améliore la situation du souscripteur en disposant que le versement de 15 % au moins des primes ou cotisations prévues (même si deux primes annuelles n'ont pas été payées) suffira pour ouvrir droit à la réduction ou au rachat. Cette nouvelle disposition, favorable au contractant, vise essentiellement les contrats de courte durée, c'est-à-dire d'une durée égale ou inférieure à 10 ans.

Par ailleurs, la nouvelle rédaction du deuxième alinéa de l'article L. 132-23, proposée par l'article 6, permettra à l'assureur de substituer d'office le rachat à la réduction si la valeur de rachat du contrat est inférieure à un montant fixé par décret. Cette dernière innovation constituera certainement une solution commode dans un certain nombre d'hypothèses qui occasionnent aux entreprises d'assurance des frais de gestion coûteux et inutiles.

Ces nouvelles dispositions sont appelées à s'appliquer elles-aussi aux contrats souscrits ou transformés six mois après la promulgation de la loi.

Votre Commission vous propose d'adopter l'article 6 du projet.

Article 7

L'article 7 du projet de loi abroge le dispositif spécifique relatif aux « assurances populaires » prévues par l'article L 132-28 du code des assurances.

L'article 132-28 du code, modifié par la loi du 7 janvier 1981, institue en effet un régime spécifique pour la branche des assurances populaires. Parmi les règles spéciales à ce régime, on peut citer la

non obligation pour l'assureur d'envoyer une lettre recommandée en cas d'arrêt du paiement des primes - l'expiration d'un délai de dix jours plus quarante jours entraînant les effets du non paiement - l'absence de visite médicale obligatoire, la limitation du capital garanti à un montant maximum fixé, par l'article R. 132 du code, à une fois et demie le plafond de la sécurité sociale etc...

Les auteurs du projet de loi souhaitent supprimer pour l'avenir le régime simplifié que constitue la branche des « assurances populaires ». Ils font valoir que les règles spécifiques aux assurances populaires n'ont plus de justification compte tenu de l'évolution du marché. Lors des larges auditions auxquelles votre Commission a procédé, aucune observation n'a été formulée contre la suppression de la branche des assurances populaires. En conséquence, votre Commission vous propose l'adoption de l'article 7.

TITRE II

Dispositions relatives au contrat de capitalisation

Article 8

Les articles 8, 9 et 10 du projet de loi insèrent dans la section II du chapitre unique du titre V du livre premier du Code des assurances, un article L 150 et un article L 150-4 et remplacent l'article L 150-1 de ce Code.

Ces dispositions appliquent aux opérations de capitalisation les nouvelles règles régissant les contrats d'assurance-vie en ce qui concerne :

- le rachat du contrat par le souscripteur;
- les conditions et les effets de l'exercice du droit de dénonciation ;
- l'information du souscripteur en cours de contrat. L'article 8 du projet insère ainsi dans le Code des assurances un article L 150 aux termes duquel :

« L'entreprise de capitalisation doit, à la demande du contractant, verser à celui-ci la valeur de rachat du contrat, dans un délai

qui ne peut excéder deux mois. Les intérêts de retard au double du taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai ».

Votre Commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement prévoyant là encore que les intérêts de retard, en cas de retard dans le versement aux contractants de la valeur de rachat de son contrat seront les intérêts de retard au taux légal.

Pas plus que les entreprises d'assurances, les entreprises de capitalisation ne doivent être considérées comme ayant a priori démériter ou devant faire l'objet d'une surpénalisation en cas de dépassement des délais légaux pour l'exécution des obligations fixées par le législateur.

Article 9

L'article 9 du projet de loi remplace l'article L 150-1 du Code des assurances par un nouvel article qui applique aux contrats de capitalisation le régime applicable au contrat d'assurances en ce qui concerne la faculté de dénonciation et l'information du contractant au moment de la souscription du contrat. Aux termes du nouvel article L 150-1 du Code :

« Toute personne physique qui a souscrit un contrat de capitalisation a la faculté de le dénoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours à compter du premier versement.

« Le bulletin de souscription doit comprendre un modèle de lettre type destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de dénonciation. Le représentant de l'entreprise de capitalisation doit en outre remettre, contre récépissé, un spécimen du titre de capitalisation ayant valeur de note d'information. Le défaut de remise des documents énumérés au présent alinéa entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu à l'alinéa ci-dessus jusqu'au trentième jour suivant la date de la remise effective de ces documents. Ce délai est également prorogé de plein droit pendant trente jours à compter de la date de réception du contrat de capitalisation lorsque celui-ci apporte des réserves ou des modifications essentielles aux dispositions contenues dans le bulletin de souscription, ou à compter de l'acceptation écrite, par le souscripteur, de ces réserves ou modifications.

« La dénonciation entraîne la restitution par l'entreprise de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant dans le délai maximal de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au double du taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

« Lorsque au contrat de capitalisation est associée une assurance en cas de décès, les documents mentionnés à l'alinéa 2 doivent rappeler le sort de cette garantie pendant le délai de dénonciation et après dénonciation du contrat ».

L'article 9 prévoit que les dispositions du présent article sont applicables au contrat souscrit six mois après la promulgation de la loi. Sous réserve d'un amendement concernant une fois encore le montant des intérêts de retard à verser en cas de retard dans la restitution par l'entreprise de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant qui exerce son droit de dénonciation, votre Commission vous propose d'adopter cet article.

Article 10

L'article 10 a trait à l'information du contractant en cours de contrat de capitalisation ; à cet effet il insère dans le Code des assurances un article L 150-4 ainsi rédigé :

« Pendant la période où sont payées les primes, l'entreprise de capitalisation doit communiquer chaque année au contractant, outre la valeur de rachat, le montant du capital au terme et de la cotisation, compte tenu des attributions de participations bénéficiaires qui ont un caractère définitif.

« Lorsque le contrat ne comporte plus de paiement de cotisations, l'entreprise de capitalisation doit communiquer, chaque année, au contractant qui en fait la demande pour une année donnée, la valeur de rachat et le montant du capital au terme.

« Le contrat doit faire référence à l'obligation d'information prévue aux alinéas précédents. »

Ces dispositions seront appliquées aux contrats souscrits, six mois à compter de la promulgation de la loi. Votre Commission vous propose d'adopter l'article 10.

TITRE III

Dispositions diverses

Article 11

Afin de tenir compte de la directive européenne du 5 mars 1979 relative à la liberté d'établissement en matière d'assurance-vie, l'article 11 du projet de loi complète les dispositions du 3^e alinéa de l'article L. 321-1 du Code des Assurances (déjà modifié, récemment, par l'article 2 de la loi n°83453 du 7 juin 1983).

L'article L. 321-1 du Code prévoit un régime d'agrément administratif pour les entreprises soumises au contrôle de l'Etat par l'article L. 310-1, c'est-à-dire :

1°) les entreprises qui contractent des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ;

2°) les entreprises de toute nature qui s'engagent à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ;

3°) les entreprises qui font appel à l'épargne en vue de la capitalisation et contractent, en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés ;

4°) les entreprises ayant pour objet l'acquisition d'immeubles au moyen de la constitution de rentes viagères ;

5°) les entreprises d'assurances de toute nature (les entreprises ayant exclusivement pour objet la réassurance n'étant toutefois pas soumises au contrôle de l'Etat) ;

6°) les entreprises qui font appel à l'épargne dans le but de réunir les sommes versées par leurs adhérents, soit en vue de les affecter à des comptes de dépôt portant intérêt, soit en vue de la capitalisation en commun, en les faisant participer aux bénéfices d'autres sociétés qu'elles gèrent ou administrent directement ou indirectement ;

7°) les entreprises exerçant une activité d'assistance.

Toutes ces entreprises ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément administratif. L'article L. 321-1 dispose aussi que l'agrément est accordé sur demande de l'entreprise, pour les opérations d'une ou plusieurs branches, les entreprises ne pouvant pratiquer que les opérations pour lesquelles elle est agréée.

Pour l'application de la directive communautaire précitée, la loi du 7 juin 1983 a inséré, dans l'article L. 321-1, un nouvel alinéa disposant qu'aucun agrément ne peut être accordé à une même entreprise pour des opérations définies aux 1°, 2°, 3°, 4° et 6° de l'article L. 310-1 et pour les opérations définies aux 5° et 7° dudit article.

L'article 11 du projet de loi « renforce » encore les incompatibilités fixées par l'article L. 321-1 du Code afin de bien distinguer les opérations d'assurances sur la vie et les opérations d'épargne ; les entreprises pratiquant des opérations d'épargne devront se limiter à ce type d'opération à l'exclusion des opérations d'assurance-vie.

Par ailleurs, l'article 11 du projet érige au niveau législatif une disposition réglementaire existante posant le principe de la spécialisation des « tontines » (art. R. 321-4).

Rappelons qu'aux termes de l'article R. 322.139 du Code, « les sociétés à forme tontinière réunissent leurs adhérents en groupes distincts dénommés « associations » et répartissent à l'expiration de chacune de ces associations les fonds provenant de la capitalisation en commun de leurs cotisations, déduction faite de la partie affectée aux frais de gestion, entre les survivants des associations en cas de vie ou entre les ayants droit des décédés des associations en cas de décès, en tenant compte de l'âge des adhérents et de leurs versements. »

Votre Commission vous propose d'adopter cet article.

Compte tenu de ces observations et sous réserve des amendements qu'elle vous propose, votre Commission vous suggère d'adopter le projet de loi.

Votre Rapporteur a procédé à l'audition de :

— MM. Flory, Moreau et Guibert de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (F.F.S.A.) ;

— MM. Dijoya et Gosselin du S.N.E.C.A.R. (Courtiers d'assurance) ;

— MM. Monichon et Lancelot du S.F.A.C. (Courtiers d'assurance) ;

— MM. Debruyne et Gantier de la F.N.S.A.G.A. (Agents d'assurance) ;

— M. Denis de l'Institut National de la Consommation (I.N.C.).

Il a correspondu avec M. Sicot de l'Union Fédérale des Consommateurs (U.F.C.) et avec M. Remond du Groupement des Sociétés d'Assurances à caractère mutuel (G.S.A.C.M.).

*
* *

TABLEAU COMPARATIF

| Texte en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la commission |
|--|--|---|
| Code des assurances | TITRE I^{er} | TITRE I^{er} |
| | Dispositions relatives aux assurances sur la vie | Dispositions relatives aux assurances sur la vie |
| | Article premier. | Article premier |
| <p>Art. L. 132-5-1. — Toute personne physique qui a signé une proposition d'assurance ou une police d'assurance a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours à compter du premier versement.</p> | <p>I. — Le deuxième alinéa de l'article L. 132-5-1 du code des assurances est remplacé par les dispositions suivantes :</p> | <p>I. — Sans modification.</p> |
| <p>La proposition d'assurance ou la police d'assurance doit comprendre un modèle de lettre type destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation. L'assureur doit en outre remettre, contre récépissé, une note d'information comportant des indications précises et claires sur les dispositions essentielles du contrat ainsi que sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation. Le défaut de remise des documents énumérés au présent alinéa entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu à l'alinéa ci-dessus pendant trente jours à compter de la date de la remise effective de ces documents.</p> | <p>« La proposition d'assurance ou la police d'assurance doit comprendre un modèle de lettre type destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation. Elle doit indiquer notamment, pour les contrats qui en comportent, les valeurs de rachat au terme de chacune des six premières années au moins. L'assureur doit en outre remettre, contre récépissé, une note d'information comportant des indications précises et claires sur les dispositions essentielles du contrat, sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation, ainsi que sur le sort de la garantie décès en cas d'exercice de cette faculté de renonciation. Le défaut de remise des documents et informations énumérés au présent alinéa entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au premier alinéa jusqu'au trentième jour suivant la date de remise effective de ces documents. Un nouveau délai de trente jours court à compter de la date de réception de la police lorsque celle-ci apporte des réserves ou des modifications essentielles à l'offre originelle, ou à compter de l'acceptation écrite, par le souscripteur, de ces réserves ou modification. »</p> | |

**Texte
en vigueur**

Code des assurances

La renonciation entraîne la restitution par l'assureur de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de soixante jours à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au taux légal couvert de plein droit à l'expiration de ce délai.

Toutefois, si le cas de décès était garanti pendant le délai de trente jours mentionné au premier alinéa, l'assureur peut conserver un douzième de la part de la prime annuelle correspondant à la garantie du risque décès.

Art. L. 132-5-2. — Lorsqu'une personne physique sollicitée à son domicile, à sa résidence, à son lieu de travail, ou dans un lieu public, a signé à cette occasion une proposition d'assurance ou une police d'assurance, la renonciation exercée par l'envoi d'une lettre recommandée dans les sept premiers jours du délai prévue à l'article L. 132-5-1 entraîne la restitution sans aucune retenue d'aucune sorte de l'intégralité des sommes qui ont été versées par le contractant, dans le délai maximum de trente jours à

**Texte
du projet de loi**

II. — Le troisième alinéa de l'article L. 132-5-1 du code des assurances est modifié comme suit :

— les mots : « soixante jours » sont remplacés par les mots : « trente jours » ;

— les mots : « les intérêts de retard au taux légal » sont remplacés par les mots : « les intérêts de retard au double du taux légal ».

III. — Le dernier alinéa de l'article L. 132-5-1 du code des assurances est abrogé.

IV. — Les dispositions du présent article sont applicables aux contrats souscrits ou transformés six mois après la promulgation de la présente loi.

Art. 2.

I. — L'article L. 132-5-2 du code des assurances est abrogé.

**Propositions
de la Commission**

II. — Alinéa sans modification.

— les mots : ...
... « trente jours ouvrables » ;

Alinéa supprimé.

III. — Sans modification.

III bis. — Après le troisième alinéa de l'article L. 132-5-1 du code des assurances, insérer un nouvel alinéa ainsi rédigé :

Toutefois, les dispositions qui précèdent ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximum de deux mois.

Art. 2.

Sans modification

**Texte
en vigueur**

**Texte
du projet de loi**

**Propositions
de la commission**

Code des assurances

compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai. L'assurance conserve effet jusqu'à complète restitution des sommes dues.

Le défaut de remise contre récépissé des documents énumérés au deuxième alinéa de l'article L. 132-5-1 entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au premier alinéa ci-dessus pendant sept jours à compter de la date de la remise effective de ces documents.

Art. L. 132-21. — Les modalités de calcul de la valeur de réduction sont déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur après accord de l'autorité administrative.

Dès la signature du contrat, l'assureur informe la contractant que ce règlement général est tenu à sa disposition sur sa demande. L'assureur doit communiquer au contractant, sur la demande de celui-ci, le texte du règlement général.

L'assureur doit, en outre, communiquer au contractant le montant de la valeur de réduction du contrat à l'échéance annuelle de la prime et préciser en termes intelligibles dans cette communication ce que signifie l'opération de réduction et quelles sont ses conséquences légales et contractuelles.

Art. L. 132-22. — Les modalités de calcul de la valeur de rachat sont déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur après avis de l'autorité administrative.

Dès la signature du contrat, l'assureur informe le contractant que ce règlement général est tenu à sa disposition sur sa demande. L'assureur doit

II. — La présente disposition prend effet six mois après la promulgation de la présente loi.

Art. 3.

I. — Le troisième alinéa de l'article L. 132-21 du code des assurances est modifié comme suit :

« Pendant la période où sont payées les primes, l'assureur doit en outre communiquer chaque année au contractant le montant de la valeur de réduction du contrat et préciser... »
(Le reste sans changement.)

II. — Le troisième alinéa de l'article L. 132-22 du code des assurances est modifié comme suit :

Art. 3.

I. — Sans modification.

II. — Sans modification.

**Texte
en vigueur**

Code des assurances

communiquer au contractant, sur la demande de celui-ci, le texte du règlement général.

L'assureur doit, en outre, communiquer au contractant le montant de la valeur de rachat à l'échéance annuelle de la prime et préciser en termes intelligibles dans cette communication ce que signifie l'opération de rachat et quelles sont ses conséquences légales et contractuelles.

Dans la limite de cette valeur, l'assureur peut consentir des avances au contractant.

Sauf dans le cas de circonstances exceptionnelles constaté par décret, l'assureur doit, à la demande du contractant, verser à celui-ci la valeur de rachat du contrat, dans un délai qui ne peut excéder deux mois. Les intérêts de retard au taux légal courent de plein droit à compter de l'expiration de ce délai.

**Texte
du projet de loi**

« Pendant la période où sont payées les primes, l'assureur doit en outre communiquer chaque année au contractant le montant de la valeur de rachat du contrat et préciser... » (*Le reste sans changement*).

III. — *Au dernier alinéa de l'article L. 132-22 du code des assurances, les mots : « les intérêts de retard au taux légal », sont remplacés par les mots : « les intérêts de retard au double du taux légal ».*

IV. — Les dispositions du présent article prennent effet six mois après la promulgation de la présente loi.

Art. 4.

I. — Il est inséré à la suite de l'article L. 132-22 du code des assurances un article L. 132-22-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 132-22-1.* — Pendant la période où sont payées les primes, l'assureur doit communiquer chaque année au contractant, outre les valeurs de réduction et de rachat, le montant des capitaux garantis et de la prime, compte tenu des attributions de participations bénéficiaires qui ont un caractère définitif.

« Lorsque le contrat ne comporte plus de paiement de primes, l'assureur doit communiquer chaque année au contractant qui en fait la demande pour une année donnée la valeur de rachat et le montant des capitaux garantis.

**Propositions
de la commission**

III. — *Supprimé.*

IV. — Sans modification.

Art. 4.

Sans modification.

**Texte
en vigueur**

**Texte
du projet de loi**

**Propositions
de la commission**

Code des assurances

Art. L. 132-23. — Les assurances temporaires en cas de décès ainsi que les rentes viagères immédiates ou en cours de service ne peuvent comporter ni réduction ni rachat. Les assurances de capitaux de survie et de rente de survie, les assurances en cas de vie sans contre-assurance et les rentes viagères différées sans contre-assurance ne peuvent comporter de rachat.

Pour les autres assurances sur la vie, l'assureur ne peut refuser la réduction ou le rachat lorsqu'au moins deux primes annuelles ont été payées.

« Le contrat doit faire référence à l'obligation d'information prévue aux alinéas précédents. »

II. — Les dispositions du présent article sont applicables aux contrats souscrits ou transformés six mois après la promulgation de la présente loi.

Art. 5.

I. — Il est inséré à la suite de l'article L. 132-22-1 du code des assurances, un article L. 132-22-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 132-22-2. — L'indemnité maximale, en cas de rachat, susceptible d'être retenue par l'assureur, est fixée par décret. »

II. — La disposition du présent article est applicable aux contrats souscrits ou transformés six mois après la promulgation de la présente loi.

Art. 6.

I. — Le deuxième alinéa de l'article L. 132-23 du code des assurances est remplacé par les alinéas suivants :

« Pour les autres assurances sur la vie, l'assureur ne peut refuser la réduction ou le rachat lorsque 15 % des primes ou cotisations prévues au contrat ont été versées. En tout état de cause, le droit à rachat ou à réduction est acquis lorsque au moins deux primes annuelles ont été payées.

« L'assureur peut d'office substituer le rachat à la réduction si la valeur de rachat du contrat est inférieure à un montant fixé par décret. »

Art. 5.

Sans modification.

Art. 6.

Sans modification.

**Texte
en vigueur**

Code des assurances

Art. L. 132-28. — Sont considérées comme assurances populaires, les assurances sur la vie à primes périodiques, sans examen médical obligatoire, dont le montant ne dépasse pas, sur la même tête, le plafond fixé par décret, et dans lesquelles, en l'absence d'examen médical, le capital stipulé n'est intégralement payable en cas de décès que si le décès survient après un délai spécifié au contrat.

Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 113-3 et celles des deuxième à sixième alinéas de l'article L. 132-20 ne sont pas applicables.

Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, le défaut de paiement, à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, de la prime ou fraction de prime échue ainsi que des primes éventuellement venues à échéance, entraîne, à l'expiration d'un délai de quarante jours :

— soit la résiliation du contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat ;

— soit l'avance par l'assureur de la prime ou fraction de prime non payée, et la limite de la valeur de rachat du contrat, selon des modalités déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur, après avis de l'autorité administrative ;

— soit la réduction du contrat dans le cas où le contractant renonce expressément à l'avance ci-dessus, avant l'expiration du délai de quarante jours précité.

**Texte
du projet de loi**

Art. 7.

I. — L'article L. 132-28 du code des assurances est abrogé.

II. — Les dispositions du présent article sont applicables aux contrats souscrits ou transformés six mois après la promulgation de la présente loi.

II. — La présente disposition prend effet à la date de promulgation de la présente loi. Les contrats souscrits avant cette date restent régis par leurs dispositions contractuelles.

**Propositions
de la commission**

Art. 7.

Sans modification.

| Texte en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la commission |
|--|--|--|
| Code des assurances | | |
| TITRE V | TITRE II | TITRE II |
| Le contrat de capitalisation | Dispositions relatives au contrat de capitalisation | Dispositions relatives au contrat de capitalisation |
| Chapitre unique | Art. 8. | Art. 8. |
| Section II. — Rachat | I. — Il est inséré dans la section II du chapitre unique du titre V du livre 1 ^{er} du code des assurances un article L. 150 ainsi rédigé : | I. — Alinéa sans modification. |
| Néant. | « Art. L. 150. — L'entreprise de capitalisation doit, à la demande du contractant, verser à celui-ci la valeur de rachat du contrat, dans un délai qui ne peut excéder deux mois. Les intérêts de retard au <i>double</i> du taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai. » | « Art. L. 150. — ... |
| | II. — Les dispositions du présent article prennent effet six mois après la promulgation de la présente loi. | ... excéder deux mois. Les intérêts de retard au taux légal... ... de ce délai. » |
| | Art. 9. | II. — Sans modification. |
| Section IV. — Faculté de dénonciation | I. — L'article L. 150-1 du code des assurances est remplacé par les dispositions suivantes : | Art. 9. |
| Art. L. 150-1. — Lorsqu'une personne, sollicitée à son domicile, à sa résidence, à son lieu de travail ou dans un lieu privé ou public, souscrit un contrat de capitalisation au cours de la visite qui lui est faite, un délai qui ne peut être inférieur à quinze jours à compter de la souscription du contrat doit lui être laissé pour dénoncer cet engagement. | « Art. L. 150-1. — Toute personne physique qui a souscrit un contrat de capitalisation a la faculté de le dénoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours à compter du premier versement. | I. — Alinéa sans modification. |
| Cette dénonciation entraîne la restitution de l'intégralité des sommes éventuellement versées par le souscripteur. | « Le bulletin de souscription doit comprendre un modèle de lettre type destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de dénonciation. Le représentant de l'entreprise de capitalisation doit en outre remettre, contre récépissé, un spécimen du titre de capitalisation ayant valeur de note d'information. Le défaut de remise des documents énumérés au présent alinéa entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu à l'alinéa ci-dessus jusqu'au trentième jour suivant la date de la remise effective de ces documents. Ce délai est également prorogé | « Art. L. 150-1 — Alinéa sans modification. |
| | | Alinéa sans modification. |

**Texte
en vigueur**

**Texte
du projet de loi**

**Propositions
de la commission**

de plein droit pendant trente jours à compter de la date de réception du contrat de capitalisation lorsque celui-ci apporte des réserves ou des modifications essentielles aux dispositions contenues dans le bulletin de souscription, ou à compter de l'acceptation écrite, par le souscripteur, de ces réserves ou modifications.

« La dénonciation entraîne la restitution par l'entreprise de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant dans le délai maximal de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée. Les intérêts de retard au double du taux légal courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

« Lorsque au contrat de capitalisation est associée une assurance en cas de décès, les documents mentionnés à l'alinéa 2 doivent rappeler le sort de cette garantie pendant le délai de dénonciation et après dénonciation du contrat. »

II. — Les dispositions du présent article sont applicables aux contrats souscrits six mois après la promulgation de la présente loi.

Code des assurances

**Section V. — Participation
des porteurs de titres
aux bénéfices techniques
et financiers**

Art. 10.

I. — Il est inséré dans la section V du chapitre unique du titre V du livre 1^{er} du code des assurances un article L. 150-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 150-4.* — Pendant la période où sont payées les primes, l'entreprise de capitalisation doit communiquer chaque année au contractant, outre la valeur de rachat, le montant du capital au terme et de la cotisation, compte tenu des attributions de participations bénéficiaires qui ont un caractère définitif.

« Lorsque le contrat ne comporte plus de paiement de cotisations, l'entreprise de capitalisation doit communiquer, chaque année, au contrac-

« La dénonciation...

... de trente jours *ouvrables* à compter de...

... les intérêts de retard au taux légal...

... de ce délai.

Alinéa sans modification.

II. — Sans modification.

Art. 10.

Sans modification.

**Texte
en vigueur**

**Texte
du projet de loi**

**Propositions
de la commission**

Code des assurances

Art L. 321-1. — Les entreprises soumises au contrôle de l'Etat par l'article L. 310-1 ne peuvent commencer leurs opérations qu'après avoir obtenu un agrément administratif. Toutefois, en ce qui concerne les opérations d'acceptation en réassurance, cet agrément n'est pas exigé des entreprises françaises ni des entreprises étrangères dont le siège social est établi sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté économique européenne.

L'agrément est accordé sur demande de l'entreprise, pour les opérations d'une ou plusieurs branches d'assurance. L'entreprise ne peut pratiquer que les opérations pour lesquelles elle est agréée.

Aucun agrément ne peut être accordé à une même entreprise pour des opérations définies aux 1°, 2°, 3°, 4° et 6° de l'article L. 310-1 et pour les opérations définies aux 5° et 7° dudit article.

tant qui en fait la demande pour une année donnée, la valeur de rachat et le montant du capital au terme.

« Le contrat doit faire référence à l'obligation d'information prévue aux alinéas précédents. »

II. — Les dispositions du présent article sont applicables aux contrats souscrits six mois à compter de la promulgation de la présente loi.

TITRE III

Dispositions diverses.

Art. 11.

Le troisième alinéa de l'article L. 321-1 du code des assurances est remplacé par les alinéa suivants :

« Aucun agrément ne peut être accordé à une même entreprise pour des opérations définies aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 310-1 et pour des opérations définies aux 5° et 7° du même article.

« Aucun agrément ne peut être accordé à une même entreprise pour des opérations définies au 6° de l'article L. 310-1 et pour des opérations définies aux 1°, 2°, 3°, 4°, 5° et 7° du même article.

TITRE III

Dispositions diverses

Art. 11.

Sans modification.

**Texte
en vigueur**

Code des assurances

Sont nuls les contrats souscrits en infraction au présent article. Toutefois, cette nullité n'est pas opposable, lorsqu'ils sont de bonne foi, aux associés, aux souscripteurs et aux bénéficiaires.

Art. L. 310-1. — Le contrôle de l'Etat s'exerce dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats d'assurance et de capitalisation.

Sont soumises à ce contrôle :

1° Les entreprises qui contractent des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, à l'exception des sociétés de secours mutuels et des institutions de prévoyance publiques ou privées régies par des lois spéciales ;

2° Les entreprises de toute nature qui s'engagent à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ;

3° Les entreprises qui font appel à l'épargne en vue de la capitalisation et contractent, en échange de versements uniques ou périodiques, directs ou indirects, des engagements déterminés ;

4° Les entreprises ayant pour objet l'acquisition d'immeubles au moyen de la constitution de rentes viagères ;

5° Les entreprises d'assurances de toute nature ; toutefois, les entreprises ayant exclusivement pour objet la réassurance ne sont pas soumises au contrôle de l'Etat ;

6° Les entreprises qui font appel à l'épargne dans le but de réunir les sommes versées par leurs adhérents, soit en vue de les affecter à des comptes de dépôt portant intérêt, soit en vue de la capitalisation en commun, en les faisant participer aux bénéfices d'autres sociétés qu'elles gèrent ou administrent directement ou indirectement.

7° Les entreprises exerçant une activité d'assistance.

**Texte
du projet de loi**

« Aucun agrément ne peut être accordé à une entreprise tontinière pour des opérations autres que tontinières. »

**Propositions
de la commission**