



IAS

Unité 3

Les assurances
de personnes,
assurances vie et
capitalisation

TABLE DES MATIERES

IAS - UNITE 3 - LES ASSURANCES DE PERSONNES, ASSURANCES VIE ET CAPITALISATION

3. 1 La prise en compte des besoins	3
3. 1. 1 Les composantes du patrimoine	3
3. 1. 2 Les régimes matrimoniaux et successoraux.	7
3. 1. 3 Les régimes obligatoires de retraite, la retraite complémentaire et surcomplémentaire.	
3. 2 Les principales catégories de contrats	24
3. 2. 1 Assurances en cas de vie / assurances en cas de décès / assurances mixtes	29
3. 2. 2 Contrats en euros et contrats en unités de compte.	72
3. 3 Les spécificités	79
3. 3. 1. La souscription du contrat	87
3. 3. 2 Le paiement de la cotisation.	92
3. 3. 3 Le règlement des prestations	103
3. 3. 4 La fiscalité.	112

Les composantes du patrimoine

- **Définition du patrimoine : qu'est-ce que le patrimoine ?**

Le patrimoine représente l'ensemble des biens qui appartient à une personne physique (individu) ou morale (entreprise). Cette personne a donc la possibilité de faire valoir un titre de propriété ou un droit qui peuvent être vendus.

Le patrimoine peut venir d'un héritage, mais aussi être constitué par des biens que la personne acquiert elle-même.

Le patrimoine est constitué de biens, mais aussi de dettes et d'obligations.

Les dettes sont souvent utilisées pour l'achat d'un bien afin d'augmenter son patrimoine (achat de la résidence principale).

Les obligations peuvent par exemple concerner le versement d'une pension alimentaire en cas de divorce.

On va donc avoir :

- un patrimoine brut qui est égal aux biens possédés ;
- et un patrimoine net, sachant que le patrimoine net déduit les revenus liés à l'endettement, du fait que ces derniers n'appartiennent pas vraiment à celui qui les possède (dettes dues et engagements financiers contractés par la personne).

Le patrimoine net représente donc la véritable richesse de la personne à un moment donné.

C'est-à-dire :

- **patrimoine brut = actifs + droits ;**
- **patrimoine net = (actifs + droits) – (dettes + devoirs).**

- **De quoi est constitué le patrimoine ?**

L'ensemble des biens appelé des « actifs » peut donc se composer de :

- **patrimoine immobilier** : propriétés foncières ou immobilières :

- * résidence principale et/ou secondaire ;
- * investissement locatif ;
- * terrains ;
- * immeubles, etc.
- **patrimoine financier** : placements bancaires et boursiers qui représentent le « portefeuille » :
 - * contrats épargne, assurance-vie ;
 - * actions, obligations, devises
- **patrimoine professionnel** : propriétés professionnelles, parts d'entreprise, fonds de commerce, charge de profession libérale
- **autres** : d'autres éléments constituent aussi votre patrimoine comme :
 - * les meubles, le mobilier, les véhicules ;
 - * les objets d'art ou de collection ;
 - * les propriétés intellectuelles : les droits d'auteurs, les brevets ;
 - * les droits d'usufruit ;
 - * les droits à percevoir une pension retraite ou autres rentes.

Cependant, il faut considérer les biens durables qui composent le patrimoine, qui sont ceux qui se répartissent sur une durée supérieure à l'année.

• Pourquoi constituer un patrimoine ?

De nos jours, l'avenir est très incertain (perte d'emploi, baisse du pouvoir d'achat, financement des études des enfants, retraite). Celui-ci nous oblige donc à nous constituer un patrimoine pour assurer nos arrières, financer nos retraites et transmettre un certain capital aux générations futures.

L'individu peut aussi avoir un objectif plus professionnel comme créer sa propre entreprise ou encore la développer.

De ce fait, la personne concernée va donc constituer son patrimoine de façon différente :

- l'épargne qui est un flux, elle n'est pas dépensée pour consommer ;
- l'endettement qui permet d'acheter un bien ou réaliser un

investissement professionnel ;
– la transmission du patrimoine qui fait l'objet d'un héritage ou masse successorale lors du décès de l'individu.

Il sera donc intéressant de maîtriser ces trois facteurs en fonction du profil et de la situation de chacun pour réaliser ses objectifs en constituant au mieux son patrimoine.

• **Comment définir son patrimoine ?**

Le professionnel va recueillir un maximum d'informations sur la situation patrimoniale. Elle sera présentée sous forme d'un bilan patrimonial. Ce dernier permettra de faciliter l'analyse :

- des différents biens (actifs) ;
- des emprunts (passif) ;
- des droits et obligations qui sont hors bilan.

Ce bilan est aussi utile pour définir l'ensemble de votre patrimoine qui sera taxable au regard de l'administration fiscale et dont vous devrez vous acquitter si vous êtes assujetti à l'impôt sur la fortune immobilière (IFI).

• **Quelle est la fiscalité du patrimoine ?**

Il ne faut pas confondre :

- l'impôt annuel sur le revenu ;
- les impôts sur le patrimoine proprement dit.

Ce qui veut dire que, chaque année, les impôts taxent différemment la détention du patrimoine, à savoir :

- la taxe foncière ;
- l'impôt sur la fortune immobilière (IFI) qui concerne une certaine catégorie de personnes ;
- les droits de mutation (vente de biens immobiliers) ;
- les droits de succession lors de donation ou de transmission d'héritage ;

- les revenus fonciers ;
- la plus-value immobilière ;
- les prélèvements sociaux.

Les régimes matrimoniaux et successoraux

- **Quelles sont les conditions de capacité ?**

A priori, toute personne physique a la capacité de souscrire seule un contrat d'assurance de personnes. Les conditions de capacité du preneur d'assurance sont en effet régies par le droit commun, et plus précisément par le Code civil selon lequel « toute personne physique peut contracter sauf en cas d'incapacité prévue par la loi ».

La capacité étant la règle et l'incapacité l'exception, la possibilité de souscrire un contrat d'assurance de personnes, et en particulier un contrat d'assurance vie est donc a priori ouverte à toute personne physique, quelle que soit sa situation familiale et matrimoniale.

- **Quelles conséquences sur le contrat d'une personne majeure protégée ?**

Les personnes déclarées incapables ne peuvent conclure une opération d'assurance sur la vie que dans les conditions définies par la loi.

Les mineurs et les incapables majeurs font ainsi l'objet de règles particulières de souscription, lesquelles ont subi des modifications substantielles à l'occasion de l'adoption de :

— la loi no 2007-308 du 5 mars 2007 (JO 7 mars) sur la protection juridique des majeurs qui est entrée en vigueur le 1er janvier 2009 ;
— la loi no 2007-1775 du 17 décembre 2007 (JO 18 déc.), dont l'article 9, I, a inséré dans le Code des assurances un article L. 132-4-1, d'application immédiate, et modifié par la loi no 2019-222 du 23 mars 2019 (art. 9, JO 24 mars), qui prévoit :

« Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la souscription ou le rachat d'un contrat d'assurance sur la vie ainsi que la désignation ou la substitution du bénéficiaire ne peuvent être accomplis qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué. Après l'ouverture d'une curatelle, ces

mêmes actes ne peuvent être accomplis qu'avec l'assistance du curateur.

Par dérogation à la première phrase du premier alinéa, aucune autorisation n'est requise pour les formules de financement d'obsèques mentionnées à l'article L. 2223-33-1 du Code général des collectivités territoriales souscrites sur la tête d'un majeur en tutelle.

Pour l'application du premier alinéa, lorsque le bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie est le curateur ou le tuteur, il est réputé en opposition d'intérêts avec la personne protégée.

L'acceptation du bénéfice d'un contrat d'assurance sur la vie conclu moins de deux ans avant la publicité du jugement d'ouverture de la curatelle ou de la tutelle du stipulant peut être annulée sur la seule preuve que l'incapacité était notoire ou connue du contractant à l'époque où les actes ont été passés » ;

— l'ordonnance no 2015-1288 du 15 octobre 2015 (JO 16 oct.), portant simplification et modernisation du droit de la famille, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2016, ratifiée par l'article 111 de la loi no 2016-1547 du 18 novembre 2016 (JO 19 nov.) de modernisation de la justice du XXI^e siècle, qui a notamment modifié le régime de l'administration des biens du mineur et instauré pour les majeurs un nouveau dispositif de protection dénommé « habilitation familiale ».

• **Quels sont les mineurs émancipés ?**

Aux termes du Code civil, « le mineur émancipé est capable, comme un majeur, de tous les actes de la vie civile ».

Conformément à ces dispositions, les mineurs émancipés ont donc, comme s'ils étaient majeurs, la pleine capacité pour souscrire seuls un contrat d'assurance vie, un contrat d'assurance accidents corporels ou un contrat d'assurance maladie. Cette possibilité est ouverte dans les mêmes conditions, que l'émancipation soit consécutive au mariage du mineur ou qu'elle résulte d'une décision du juge des tutelles.

- **Mineurs non émancipés**

Les mineurs non émancipés étant frappés d'une incapacité générale et placés sous un régime permanent de représentation, ils ne peuvent pas souscrire seuls un contrat d'assurance de personnes. Une telle opération peut toutefois être conclue pour leur compte dans les conditions de représentation définies par le Code civil. Ainsi le mineur peut-il être représenté dans la souscription d'une telle opération. Il devient, de ce fait, débiteur des cotisations. La qualité des personnes habilitées à le représenter dépend de la situation familiale de l'enfant.

En effet, les régimes susceptibles d'être appliqués varient en fonction de la situation familiale de l'enfant, à savoir :

- **administration légale** : lorsque l'autorité parentale est exercée par les deux parents ou par l'un d'entre eux ;
- **tutelle** : lorsque le père et la mère sont tous deux décédés ou privés de l'autorité parentale ou lorsque la filiation de l'enfant n'est pas légalement établie.

- **Administration légale**

Le régime de l'administration légale des mineurs a fait l'objet de substantielles modifications à la faveur de l'adoption de l'ordonnance no 2015-1288 du 15 octobre 2015 (JO 16 oct.) portant simplification et modernisation du droit de la famille. Ces nouvelles dispositions étant entrées en vigueur le 1er janvier 2016, les conditions de représentation des mineurs varient selon que la souscription est intervenue avant ou après cette date.

- **Régime applicable depuis le 1er janvier 2016**

L'ordonnance no 2015-1288 du 15 octobre 2015 (JO 16 oct.) portant simplification et modernisation du droit de la famille instaure, à effet du 1er janvier 2016, un régime unique d'administration légale, applicable dans toutes les situations, que l'autorité parentale soit confiée à un seul ou aux deux parents. Ce nouveau dispositif a

vocation à régir non seulement les administrations légales à venir mais également celles en cours au 1er janvier 2016. Sont donc supprimées les anciennes administrations légales pures et simples et anciennes administrations sous contrôle judiciaire au profit de ce régime unique d'administration légale.

Aux termes du nouvel article 382 du Code civil : « L'administration légale appartient aux parents. Si l'autorité parentale est exercée en commun par les deux parents, chacun d'entre eux est administrateur légal. Dans les autres cas, l'administration légale appartient à celui des parents qui exerce l'autorité parentale ».

Toutefois, et conformément à l'article 383 du Code civil, lorsque les intérêts de l'administrateur légal unique ou, selon le cas, des deux administrateurs légaux sont en opposition avec ceux du mineur, ces derniers doivent demander la nomination d'un administrateur ad hoc au juge des tutelles. À défaut, le juge peut procéder à cette nomination sur demande du ministère public, du mineur ou même d'office. Si l'opposition d'intérêts concerne un seul des deux administrateurs légaux, le juge peut désigner l'autre administrateur aux fins de représenter l'enfant pour un ou plusieurs actes déterminés.

Conformément à l'article 1er de la loi no 2015-177 du 16 février 2015 (JO 17 févr.), qui a habilité le gouvernement à légiférer par voie d'ordonnance, la réforme ayant pour objectif de réserver « l'autorisation systématique du juge des tutelles aux seuls actes qui pourraient affecter de manière grave, substantielle et définitive le patrimoine des mineurs », autorise les administrateurs légaux à accomplir seuls :

— non seulement, et comme antérieurement, les actes d'administration tels que définis à l'article 496 du Code civil par renvoi au décret no 2008-1484 du 22 décembre 2008 (JO 31 déc.), chacun des parents étant réputé, en cas d'administration légale exercée en commun, avoir reçu de l'autre le pouvoir d'agir seul (C. civ., art. 382-1) ;

— mais également les actes de disposition, non seulement et, comme antérieurement, en présence de deux administrateurs légaux agissant en commun (en cas de désaccord, le juge est saisi

aux fins d'autorisation de l'acte : C. civ., art. 387), mais également en présence d'un seul administrateur légal, à l'exception, dans tous les cas, de certains actes de disposition particulièrement graves qui nécessitent l'autorisation du juge des tutelles (C. civ., art. 387-1) et de certains autres actes expressément prohibés (C. civ., art. 387-2).

Il résulte du dispositif ainsi mis en place que la souscription d'un contrat d'assurance vie au nom d'un mineur :

- est donc a priori autorisée car ne figurant pas parmi les actes prohibés de l'article 387-2 du Code civil ;
- constitue un acte de disposition comme prévu par le décret no 2008-1484 du 22 décembre 2008 (JO 31 déc.) ;
- ne constitue pas, en principe, un acte soumis à autorisation du juge des tutelles.

La question se pose toutefois de la nécessité de requérir l'autorisation du juge des tutelles en cas de souscription d'un contrat en unités de compte. En effet, l'article 387-1 du Code civil qui énumère les actes graves soumis comme tels à autorisation du juge des tutelles, énonce le fait de « procéder à la réalisation d'un acte portant sur des valeurs mobilières ou instruments financiers au sens de l'article L. 211-1 du Code monétaire et financier, si celui-ci engage le patrimoine du mineur pour le présent ou l'avenir par une modification importante de son contenu, une dépréciation significative de sa valeur en capital ou une altération durable des prérogatives du mineur ». Certes, la souscription d'un contrat d'assurance vie n'est pas directement visée mais ces dispositions sont sujettes à interprétation. À notre avis, ces dispositions ne devraient pas trouver à s'appliquer en la matière, les titres attachés au contrat n'étant pas la propriété du souscripteur du contrat mais celle de l'assureur. Par ailleurs et surtout, il convient de rappeler que sous l'empire des anciens articles 389-4 à 389-6 du Code civil, l'autorisation du juge des tutelles pour souscrire un contrat d'assurance vie, quelle qu'en soit la nature (en euros ou en unités de compte), n'était requise que dans le cas où l'autorité parentale était exercée par un seul parent (régime de l'administration légale

sous contrôle judiciaire). Dans l'hypothèse où l'autorité parentale était exercée par les deux parents (régime de l'administration légale pure et simple), ces derniers pouvaient souscrire un tel contrat sans avoir à requérir l'autorisation du juge des tutelles. Or, la réforme ayant pour dessein de désengorger les juridictions de tutelles et de simplifier le droit de la famille, il serait à notre avis paradoxal que l'interprétation de ces nouvelles dispositions conduise à un alourdissement des conditions de souscription d'un contrat d'assurance vie au nom et pour le compte d'un mineur en imposant l'autorisation du juge des tutelles, y compris lorsque l'autorité parentale est exercée par les deux parents.

- **Quelles sont les conséquences de la tutelle ?**

Conformément à l'article 390 du Code civil, le régime de la tutelle est applicable lorsque le père et la mère sont tous deux décédés ou privés de l'autorité parentale ou lorsque la filiation de l'enfant n'est pas légalement établie.

Le régime de la représentation d'un mineur sous tutelle dans la souscription d'un contrat d'assurance sur la vie soulève nombre de difficultés liées à l'application combinée de l'article L. 132-4-1 du Code des assurances tel qu'issu de la loi no 2007-1775 du 17 décembre 2007 (JO 18 déc.), et dont l'application est entrée en vigueur le 18 décembre 2007, d'une part, et de la loi no 2007-308 du 5 mars 2007, précitée, entrée en vigueur le 1er janvier 2009, d'autre part.

Antérieurement à ces réformes, le régime était relativement simple. Le tuteur accomplissait seul les actes d'administration (C. civ., art. 456, ancien) et devait être autorisé par le conseil de famille pour les actes de disposition (C. civ., art. 457, ancien). Le régime général de fonctionnement de la tutelle figurait alors dans le Code civil sous un chapitre intitulé « De la minorité », et plus précisément sous les anciens articles 393 à 475 du Code civil. L'ancien article 495 renvoyait à l'application de ces dispositions le fonctionnement de la tutelle des majeurs.

À l'issue des réformes, le principe est inverse. En effet, l'article 408

du Code civil, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009, prévoit que le tuteur gère les biens du mineur conformément aux dispositions du titre XII, c'est-à-dire conformément aux dispositions des nouveaux articles 496 à 515 qui intéressent la tutelle des majeurs. Selon ce nouveau régime, le tuteur peut faire seul les actes d'administration (C. civ., art. 504) et doit être autorisé par le conseil de famille ou, à défaut, par le juge, pour les actes de disposition (C. civ., art. 505). Conformément à l'article 496 du Code civil, la liste des actes devant être regardés, respectivement, comme actes d'administration ou comme actes de disposition, a été fixée par le décret no 2008-1484 du 22 décembre 2008 (JO 31 déc.). Ce décret a classifié la souscription d'un contrat d'assurance sur la vie parmi les actes de disposition. En l'état, le régime de la souscription d'un contrat par un mineur sous tutelle apparaît donc relativement simple.

Néanmoins, la question se pose de la coexistence des textes sus-rappelés avec l'article L. 132-4-1 du Code des assurances tel qu'issu de la loi no 2007-1775 du 17 décembre 2007 et dont l'application est entrée en vigueur le 18 décembre 2007. En effet, dans la mesure où l'article L. 132-4-1 du Code des assurances vise sans autre précision l'hypothèse où une tutelle a été ouverte, rien ne permet a priori d'écarter les mineurs sous tutelle du champ d'application de l'article L. 132-4-1. Il reste qu'une telle analyse n'est pas sans soulever de nouvelles difficultés. En effet, aux termes de l'article L. 132-3 du Code des assurances, il est prévu qu'il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de douze ans, d'un majeur en tutelle, d'une personne placée dans un établissement psychiatrique d'hospitalisation (voir no3827). Or, en application de l'article L. 132-4-1 du Code des assurances et à la lecture du rapport Blessig qui a présidé à l'adoption de la loi no 2007-308 du 5 mars 2007 (JO 7 mars), il semble que la souscription d'une assurance en cas de décès sur la tête d'un majeur en tutelle soit autorisée dès lors que l'assuré est le souscripteur lui-même. Les dispositions de l'article L. 132-4-1 constitueraient ainsi une dérogation à l'article L. 132-3. Si donc il devait être considéré que

les mineurs sous tutelle relèvent de l'article L. 132-4-1 du Code des assurances, la dérogation leur serait également applicable de sorte que les mineurs sous tutelle seraient les seuls mineurs à pouvoir faire l'objet d'une assurance en cas de décès même s'ils sont âgés de moins de douze ans.

- **Quels sont les régimes de protection ?**

Conformément à l'article 425 du Code civil, « Toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher l'expression de sa volonté, peut bénéficier d'une mesure de protection juridique (...). S'il n'en est disposé autrement, la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci. Elle peut toutefois être limitée expressément à l'une de ces deux missions ».

Les règles applicables à la souscription d'un contrat d'assurance de personnes par un majeur protégé varient en fonction du régime de représentation dont celui-ci relève. On en distingue en effet cinq catégories : le régime des majeurs en tutelle, le régime des majeurs en curatelle, celui des majeurs sous sauvegarde de justice, le mandat de protection future et, enfin, le régime de l'habilitation familiale.

La loi no 2007-308 du 5 mars 2007 (JO 7 mars), portant réforme de la protection juridique des majeurs, a profondément modifié les règles applicables aux personnes protégées. Ces nouvelles règles sont entrées en vigueur le 1er janvier 2009, conformément à l'article 45 de la loi. En substance, l'objectif affiché de cette réforme étant de renforcer la protection des intérêts des personnes protégées à l'égard notamment des organes de tutelle ou de curatelle, le législateur a renforcé le contrôle du juge (ou, le cas échéant, du conseil de famille) sur la gestion et soumis à son autorisation la réalisation d'actes légalement déterminés. Ainsi, la loi a-t-elle maintenu l'ancienne distinction entre actes d'administration et actes

de disposition (C. civ., art. 504 et 505), mais elle a prévu d'encadrer strictement la définition de ces actes, « la liste des actes qui sont regardés (...) comme des actes d'administration relatifs à la gestion courante du patrimoine et comme des actes de disposition qui engagent celui-ci de manière durable et substantielle est fixée par décret en Conseil d'État » (C. civ., art. 496).

Tel fut l'objet du décret no 2008-1484 du 22 décembre 2008 (JO 31 déc.), lequel, après avoir défini ce que sont les actes d'administration, d'une part, et les actes de disposition, d'autre part, classe expressément dans chacune de ces catégories nombre d'actes aux termes de deux listes distinctes, à savoir :

- en annexe 1, une première liste d'actes qualifiés systématiquement d'actes d'administration ou d'actes de disposition. La souscription d'un contrat d'assurance sur la vie est ainsi qualifiée d'acte de disposition ;
- en annexe 2, une seconde liste non exhaustive d'actes a priori classés comme actes d'administration ou, au contraire, comme actes de disposition, mais pouvant recevoir une qualification inverse en fonction des circonstances d'espèce.

Tel est donc le droit commun. Toutefois, s'agissant des contrats d'assurance vie, le dispositif a directement été transposé, pour les personnes placées sous tutelle ou sous curatelle, dans le Code des assurances. Dans un premier temps, la loi no 2007-308 du 5 mars 2007, précitée, avait en effet prévu un nouvel article L. 132-3-1 du Code des assurances qui disposait :

« Lorsqu'une curatelle ou une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la souscription ou le rachat d'un contrat d'assurance sur la vie ainsi que la désignation ou la substitution du bénéficiaire ne peuvent être accomplis qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué. Pour l'application du premier alinéa, lorsque le bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie est le curateur ou le tuteur, il est réputé être en opposition d'intérêts avec la personne protégée. L'acceptation du bénéfice d'un contrat d'assurance sur la vie conclu moins de deux ans avant la publicité du jugement d'ouverture de la curatelle ou de la tutelle

du stipulant peut être annulée sur la seule preuve que l'incapacité était notoire ou connue du contractant à l'époque où les actes ont été passés ».

Ces nouvelles dispositions ont été abrogées avant même leur entrée en vigueur par l'article 9 de la loi no 2007-1775 du 17 décembre 2007 (JO 18 déc.), et remplacées par un nouvel article L. 132-4-1 du Code des assurances, lequel est d'application immédiate et qui régit désormais la souscription d'un contrat d'assurance sur la vie par un majeur sous tutelle ou sous curatelle. S'agissant des autres régimes (sauvegarde de justice, mandat de protection future, habilitation familiale), la souscription d'un contrat ne faisant l'objet d'aucune disposition spécifique, il convient de faire application des règles de droit commun prévues pour les actes de disposition.

- **Majeurs sous tutelle et sous curatelle**

Jusqu'au 18 décembre 2007, date d'entrée en vigueur de l'article L. 132-4-1 du Code des assurances, le tuteur pouvait, conformément au droit commun, agir seul si l'opération constituait un acte d'administration et devait requérir l'autorisation du conseil de famille (ou du juge des tutelles en cas de tutelle simplifiée régie par les anciens articles 496 ou 497 du Code civil) si l'opération constituait un acte de disposition.

En cas de curatelle, la souscription par le majeur seul était a priori possible. En effet, par application de l'ancien article 510 du Code civil, l'assistance du curateur n'était pas requise lorsque la souscription du contrat pouvait être regardée comme un acte d'administration. Elle l'était en revanche lorsque l'acte constituait un acte de disposition. À défaut d'une telle assistance, l'annulation de la souscription pouvait être requise, la nullité n'étant toutefois pas de droit.

Aux termes de l'article L. 132-4-1 du Code des assurances, il est désormais prévu :

« Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la

souscription ou le rachat d'un contrat d'assurance sur la vie ainsi que la désignation ou la substitution du bénéficiaire ne peuvent être accomplis qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué. Après l'ouverture d'une curatelle, ces mêmes actes ne peuvent être accomplis qu'avec l'assistance du curateur.

Par dérogation à la première phrase du premier alinéa, aucune autorisation n'est requise pour les formules de financement d'obsèques mentionnées à l'article L. 2223-33-1 du Code général des collectivités territoriales souscrites sur la tête d'un majeur en tutelle.

Pour l'application du premier alinéa, lorsque le bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie est le curateur ou le tuteur, il est réputé être en opposition d'intérêts avec la personne protégée. L'acceptation du bénéfice d'un contrat d'assurance sur la vie conclu moins de deux ans avant la publicité du jugement d'ouverture de la curatelle ou de la tutelle du stipulant peut être annulée sur la seule preuve que l'incapacité était notoire ou connue du cocontractant à l'époque où les actes ont été passés ».

Ces dispositions sont applicables aux contrats en cours à la date de la publication de la loi.

Consécutivement à ce texte, les dispositions de l'article L. 132-9 du Code des assurances relatives au caractère irrévocable de l'acceptation bénéficiaire et au caractère exclusif du droit du stipulant de révoquer la stipulation tant que l'acceptation n'a pas eu lieu (sur ces règles, voir nos 3855 et s.), ont également été modifiées pour tenir compte du nouveau dispositif.

Ainsi, désormais, en présence d'une tutelle, l'autorisation du juge des tutelles ou, le cas échéant, du conseil de famille, devra-t-elle être systématiquement sollicitée pour toute souscription (sauf souscription d'un contrat obsèques) ou rachat de contrat, et pour toute désignation ou substitution de bénéficiaire. À noter toutefois que nonobstant l'autorisation donnée par le juge des tutelles de souscrire le contrat et de verser les primes, les dispositions de l'article L. 132-13 du Code des assurances prévues en cas de primes manifestement exagérées demeurent applicables. En cas de

curatelle, l'assistance du curateur doit de la même façon être systématiquement requise. Il reste que le fait qu'au dernier alinéa de l'article L. 132-4-1 précité, le législateur vise, pour permettre l'annulation d'une acceptation antérieure, la connaissance de l'incapacité du stipulant par le « contractant » (c'est-à-dire l'assureur) résulte sans aucun doute d'une erreur, le législateur ayant évidemment entendu viser le bénéficiaire.

- **Majeurs sous sauvegarde de justice**

Le placement sous sauvegarde de justice permettant au majeur de rester capable, les personnes qui relèvent de ce régime ont en principe la pleine capacité pour souscrire seules un contrat d'assurance de personnes.

La portée de cette règle générale est toutefois limitée lorsque le juge des tutelles ou le majeur lui-même a désigné un mandataire à l'effet d'administrer tout ou partie du patrimoine de l'intéressé.

- **Mandat de protection future**

Instauré par la loi no 2007-308 du 5 mars 2007 (JO 7 mars) portant réforme de la protection juridique des majeurs, le mandat de protection future, dont la mise en œuvre est effective depuis le 1er mars 2009, permet à chacun, conformément à l'article 477 du Code civil, de désigner en toute liberté une ou plusieurs personnes de confiance chargées de le représenter à compter du jour où il n'aura plus la capacité, au sens de l'article 425 du Code civil, de gérer seul ses intérêts personnels et/ou patrimoniaux.

Ainsi que prévu par l'article 490, alinéa 1, du Code civil, sous réserve d'être régularisé par acte notarié, le mandat de protection future peut confier au mandataire désigné le pouvoir d'accomplir seul les mêmes actes qu'un tuteur, y compris ceux nécessitant l'autorisation préalable du juge des tutelles. A priori, le mandataire ainsi désigné a donc qualité pour souscrire seul un contrat d'assurance sur la vie bien qu'il s'agisse d'un acte de disposition. Toutefois, l'alinéa 2 du même article prévoit que « le mandataire ne

peut accomplir un acte de disposition à titre gratuit qu'avec l'autorisation du juge des tutelles », de sorte qu'en présence d'une clause bénéficiaire en cas de décès stipulée à titre gratuit, le mandataire devra requérir cette autorisation.

- **Habilitation familiale**

Créé par l'ordonnance no 2015-1288 du 15 octobre 2015 (JO 16 oct.) portant simplification et modernisation du droit de la famille, ratifiée par l'article 111 de la loi no 2016-1547 du 18 novembre 2016 (JO 19 nov.) de modernisation de la justice du XXI^e siècle, le dispositif de l'habilitation familiale « tend à permettre aux familles qui sont en mesure de pourvoir, seules, aux intérêts de leur proche vulnérable d'assurer cette protection, sans se soumettre au formalisme des mesures de protection judiciaire. Il s'agit de donner effet aux accords intervenus au sein de la famille pour assurer la préservation des intérêts de l'un de ses membres » (Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance précitée). Le dispositif d'habilitation familiale est entré en vigueur à la suite de la publication du décret d'application no 2016-185 du 23 février 2016 (JO 25 févr.).

Ordonnée par le juge des tutelles, l'habilitation familiale ne peut être prononcée :

- qu'en cas de nécessité et lorsqu'il ne peut être suffisamment pourvu aux intérêts de la personne par l'application des règles du droit commun de la représentation ou par les stipulations du mandat de protection future conclu par l'intéressé (C. civ., art. 494-2) ;
- que si la personne intéressée est hors d'état de manifester sa volonté pour l'une des causes prévues à l'article 425 du Code civil (C. civ., art. 494-1).

Le juge a la faculté d'habiliter une ou plusieurs personnes choisies parmi les ascendants ou descendants, frères et sœurs ou, à moins que la communauté de vie ait cessé entre eux, le conjoint, le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin. Ainsi que prévu sous l'article 494-6 du Code civil, « l'habilitation peut porter

sur un ou plusieurs des actes que le tuteur a le pouvoir d'accomplir, seul ou avec une autorisation », toutefois « la personne habilitée ne peut accomplir un acte de disposition à titre gratuit qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ». Ainsi, la faculté pour la personne habilitée de souscrire un contrat d'assurance vie dépendra-t-elle de l'habilitation ordonnée par le juge.

- **Qu'est-ce que la pleine capacité d'une personne mariée ?**

Les personnes mariées ont en principe la pleine capacité pour souscrire seules un contrat d'assurance de personnes. Cette capacité permet au mari comme à la femme de souscrire individuellement et sans le consentement de l'autre une opération d'assurance, à son propre profit, au profit du conjoint ou encore au bénéfice d'un tiers.

Cette solution apparaît évidente lorsque les conjoints sont mariés sous un régime séparatiste. Elle l'est beaucoup moins s'agissant des régimes de communauté. Dans ce cas, en effet, on est a priori tenté de distinguer entre plusieurs hypothèses, selon que les primes d'assurance sont prélevées sur les biens propres ou sur les deniers communs.

Si les primes sont acquittées par prélèvement sur les biens propres de l'époux souscripteur, la solution ne fait pas de doute : le consentement du conjoint n'a pas à être requis.

Si les primes sont payées au moyen de deniers communs, la réponse est moins évidente, notamment si le contrat est souscrit, à titre gratuit, au profit d'un tiers bénéficiaire.

Aux termes de l'article 1422 du Code civil, en effet, « les époux ne peuvent l'un sans l'autre, disposer entre vifs, à titre gratuit, des biens de la communauté ».

L'application pure et simple de ces dispositions impliquerait donc, pour la souscription d'un contrat destiné à profiter gracieusement à un tiers, l'adhésion conjointe des deux époux.

À notre avis, la solution est pourtant différente. En effet, le bénéfice du contrat ne peut, juridiquement, être considéré comme un actif

commun d'origine, puisqu'en prévoyant que le bénéficiaire est réputé y avoir eu seul droit à partir du jour du contrat, l'article L. 132-12 du Code des assurances s'oppose à ce que la créance contre l'assureur ait pu se fixer sur la tête du souscripteur et relever, par-là, de l'actif de sa communauté.

À l'instar de Monsieur Martin, on doit considérer que c'est sans doute sur ce raisonnement que s'est fondée l'Assemblée plénière de la Cour de cassation dans son arrêt du 12 décembre 1986, dit arrêt Pelletier, pour décider que l'article 1422 du Code civil ne s'applique pas à l'attribution du capital-décès. C'est encore sur le même raisonnement que s'est fondée la première chambre civile de la Haute juridiction pour considérer que ne s'appliquait pas davantage l'article 1421 du Code civil selon lequel : « chacun des époux a le pouvoir d'administrer seul les biens communs et d'en disposer, sauf à répondre des fautes qu'il aurait commises dans sa gestion. Les actes accomplis sans fraude par un conjoint sont opposables à l'autre ». Dès lors, à partir du moment où l'attribution du capital-décès est regardée comme un mécanisme autonome qui échappe aux règles de gestion des régimes matrimoniaux, la souscription du contrat, qui donne naissance au capital attribué, devient elle-même un acte neutre. Dans la mesure où l'attribution de contrat échappe aux articles 1421 et 1422 du Code civil, il doit en aller de même de la souscription du contrat qui permet cette attribution.

À défaut, on interdirait en fait la conclusion de contrats d'assurance par des époux communs en biens agissant individuellement. On imposerait une cogestion pour un acte qui in fine ne sera pas forcément une libéralité (en cas par exemple de révocation), et qui ne figure ni dans la liste de l'article 1424 du Code civil, ni dans celle de l'article 1425 dudit code, qui supposent l'intervention conjointe des deux époux.

Ainsi, on doit considérer que la souscription d'un contrat d'assurance sur la vie n'est rien d'autre que l'un des actes de disposition qui entrent, en vertu de l'article 1422 du Code civil, dans les pouvoirs de chacun des époux communs en bien.

- **Quelles sont les conditions de validité de l'engagement d'une personne morale ?**

Comme les personnes physiques, les personnes morales ont la capacité de souscrire un contrat d'assurance de personnes. Néanmoins, certaines conditions doivent être remplies pour que l'engagement des personnes morales soit valable.

En pratique, les personnes physiques ayant qualité pour engager la personne morale sont le plus couramment :

— **pour les sociétés civiles** : le gérant (personne physique ou son représentant si le gérant est une personne morale) ;

— **pour les sociétés anonymes** :

* à conseil d'administration, le président dudit conseil,

* à directoire et conseil de surveillance : le président du directoire ou le directeur général ;

— **pour les SARL, SNC et sociétés en commandite** : le gérant ;

— **pour les associations à but non lucratif** : le président.

Dans l'hypothèse, fréquente en pratique, où le contrat est souscrit par la personne morale au bénéfice de son représentant, il convient en outre de s'assurer que celui-ci est bien habilité à conclure l'opération. Des précautions particulières doivent ainsi être prises, sauf si le mandataire, cumulant ses fonctions de représentation avec un contrat de travail, la souscription du contrat d'assurance intervient dans le cadre de cette seconde relation. À défaut, au moment de la conclusion du contrat, il importe de s'assurer que le mandataire dispose du pouvoir de s'octroyer une rémunération supplémentaire. En effet, dans la mesure où le souscripteur du contrat est la personne morale, celle-ci devient débiteur des primes. Pour le bénéficiaire, il s'agit donc de l'octroi d'un avantage supplémentaire. Or, la rétribution des fonctions des mandataires sociaux doit être déterminée dans les conditions prévues par la loi ou par les statuts sociaux.

Rappelons que, pour les sociétés les plus courantes, cette rémunération est fixée selon les modalités suivantes :

— la rétribution des gérants des sociétés civiles, des sociétés à

responsabilité limitée, des sociétés en nom collectif et des sociétés en commandite simple n'étant pas réglementée, elle est le plus souvent déterminée par les statuts qui peuvent soit en préciser le mode de calcul, soit renvoyer à une décision collective des associés ;

— la rémunération des gérants en commandite par actions est obligatoirement fixée dans les statuts, mais une rétribution supplémentaire peut être accordée par l'assemblée générale ordinaire avec, sauf clause statutaire contraire, l'accord unanime des commandités ;

— les rémunérations des membres du directoire des sociétés anonymes sont fixées par le conseil de surveillance ;

— enfin, la rétribution du président du conseil d'administration d'une société anonyme est déterminée par décision de ce conseil.

• Application du contrat sur une personne physique ?

Les contrats d'assurance sur la vie visent à couvrir des risques liés à la durée de la vie humaine (C. assur., art. R. 321-1, branche 20) ; aussi le risque garanti ne peut-il porter que sur la tête d'une personne physique.

Le plus souvent, l'assuré et le souscripteur sont la même personne. Toutefois, rien n'empêche qu'un contrat d'assurance de personnes soit contracté par une personne sur la tête d'une autre. Cette possibilité est expressément prévue en matière d'assurance sur la vie par l'article L. 132-1 du Code des assurances qui indique : « la vie d'une personne peut être assurée par elle-même ou par un tiers. Plusieurs personnes peuvent contracter une assurance réciproque sur la tête de chacune d'elles par un seul et même acte ».

La souscription d'une assurance en cas de décès sur la tête d'un tiers nécessite toutefois que ledit tiers consente expressément à l'opération.

En outre, une telle souscription est formellement prohibée lorsqu'elle vise à assurer la vie de certains incapables.

Les principales catégories de contrats

- **Quel est l'intérêt d'un contrat d'assurance-vie ?**

Différents types de contrats d'assurance vie permettent la constitution d'une épargne et le versement de celle-ci sous forme de rente ou de capital si la personne assurée est en vie au terme du contrat. Plusieurs critères permettent de choisir le contrat qui correspond à son profil d'épargnant : durée du contrat, options de sortie, possibilités de retrait de fonds en cours de contrat, cotisations, types de supports...

- **Quels sont les différents types de contrats d'assurance vie ?**

Les contrats d'assurance vie en euros

Ce sont des contrats d'assurance vie destinés à ceux qui souhaitent investir sans prendre de risque. Le principal atout des contrats en euros est, en effet, la sûreté du placement. Ces contrats d'assurance vie sont majoritairement investis sur des placements sans risques (essentiellement des obligations) Ils bénéficient d'une double garantie :

- **le capital investi est garanti** : à l'échéance, il sera augmenté des intérêts capitalisés et d'une éventuelle participation aux bénéfices ;
- **un effet cliquet**, qui limite les risques en permettant au souscripteur de conserver définitivement les intérêts annuels crédités sur son contrat. Ces intérêts s'ajoutent au montant de l'épargne pour produire à leur tour des intérêts. L'assureur peut également prévoir un taux minimal garanti.

Les contrats d'assurance vie en unités de compte, appelés aussi contrats à capital variable

Une unité de compte est un support d'investissement financier tel que des parts ou des actions de valeurs mobilières ou immobilières (Sicav, actions, obligations, parts de fonds communs de placement, parts de SCI, parts de SCPI).

Les contrats d'assurance vie en unités de compte permettent un investissement diversifié sur les marchés financiers et immobiliers. Pour les souscripteurs qui recherchent un investissement à long terme et qui sont prêts à accepter les risques inhérents aux fluctuations des marchés financiers (le capital n'est pas garanti, seul le nombre d'unités de compte l'est), les contrats en unités de compte peuvent offrir des perspectives de rendement intéressantes.

Les contrats d'assurance vie multisupports

Ce sont des contrats d'assurance vie comportant plusieurs supports ou compartiments, dont un ou plusieurs exprimés en unités de compte et un exprimé en euro, entre lesquels sont réparties les cotisations versées.

Pour privilégier la protection de son capital, le souscripteur optera pour des supports à faible volatilité. En revanche, s'il accepte une prise de risque plus importante, il choisira des supports plus dynamiques, avec une dominante d'actions. Dans ce dernier cas, il est préférable d'envisager une durée de placement relativement longue.

Il est donc primordial de déterminer sa stratégie de placement afin de vérifier que le contrat d'assurance vie multisupports choisi permet les investissements souhaités.

- **Quels sont les différents modes de gestion ?**

La gestion profilée ou sous mandat

La majorité des contrats multisupports proposent différents profils de gestion.

Le souscripteur confie à l'organisme gestionnaire le soin de gérer ses versements selon le profil choisi :

- **le profil prudent ou sécurité**, très largement composé de produits obligataires et monétaires ;
- **le profil dynamique**, qui privilégie l'investissement en actions ;
- **le profil équilibre**, qui ménage un équilibre entre sécurité (produits obligataires et monétaires) et rentabilité (actions).

Les fonds profilés privilégient la simplicité de gestion, puisque c'est la société de gestion qui suit l'évolution des valeurs et qui arbitre les

placements.

La gestion à horizon

Pour le souscripteur, la gestion est simplifiée, car la composition des placements évolue automatiquement en fonction de son âge et de ses objectifs. Davantage risquée à 30 ans, elle se fera plus prudente à l'approche de la retraite.

La gestion libre

Le souscripteur répartit lui-même son épargne entre le support euros et/ou le(s) unité(s) de compte. Ce type de gestion suppose qu'il soit capable de réagir à bon escient face aux évolutions des marchés financiers.

- **Qu'est-ce que l'arbitrage ?**

L'arbitrage est une opération qui consiste à modifier la répartition du capital ou l'orientation de gestion. L'opération d'arbitrage doit faire l'objet d'une procédure formelle décrite dans le contrat.

Les arbitrages sont soumis à des conditions limitatives (nombre d'arbitrages annuels autorisé, limitation des arbitrages à des situations exceptionnelles, arbitrage automatique...) qui peuvent différer d'un contrat à l'autre.

- **Quelles sont les garanties complémentaires en cas de décès ?**

Certains contrats d'assurance vie multisupports offrent la possibilité d'opter pour une garantie décès destinée à pallier les conséquences d'un décès qui surviendrait dans un contexte financier défavorable. Ce type de garantie permet aux bénéficiaires du contrat de récupérer l'intégralité des versements effectués par le souscripteur.

Différentes garanties existent :

– la garantie plancher est la plus courante. Elle permet au

bénéficiaire de recevoir un capital minimal au décès de l'assuré, quelle que soit la valeur des unités de compte à cette date. Le plus souvent, le capital garanti minimal correspond au total des cotisations versées.

- une garantie majorée peut être prévue par le contrat : le bénéficiaire reçoit alors au minimum le capital investi, diminué des frais et rachats, mais revalorisé selon un taux défini à l'avance.
- la garantie cliquet permet au bénéficiaire de recevoir au minimum le capital à un niveau atteint à un certain moment.

• Les contrats Eurocroissance

Les contrats d'assurance vie Eurocroissance offrent au souscripteur (ou à l'adhérent pour les contrats collectifs) l'espérance d'un rendement supérieur aux contrats en euros, avec une prise de risque plus faible que pour les contrats en unités de compte.

Le contrat Eurocroissance peut comporter à la fois des supports en euros et/ou en unités de compte et un fonds Eurocroissance ou croissance :

- Le capital investi dans un fonds Eurocroissance est garanti à 100% (soit les primes versées moins les frais), au terme d'une durée d'au moins 8 ans, définie contractuellement entre le souscripteur (ou l'adhérent) et son assureur.
- Si le capital est investi dans un fonds croissance, un pourcentage en est garanti, au terme d'une durée d'au moins 8 ans. Le pourcentage du capital garanti et cette durée sont définis contractuellement entre le souscripteur (ou l'adhérent) et son assureur.

L'assureur répartit le capital investi dans ces fonds entre :

- un montant permettant de garantir le capital au terme contractuellement fixé ;
- et un montant investi dans des actifs diversifiés, permettant d'espérer un rendement global plus attractif que celui des supports en euros.

- **Les contrats Vie Génération**

Les contrats d'assurance Vie Génération sont intégralement investis dans des supports en unités de compte, qui doivent remplir certaines conditions : au moins 33% sont investis dans le financement des PME-ETI, le logement social ou intermédiaire ou l'économie sociale et solidaire.

En contrepartie de ces engagements, les contrats Vie Génération permettent au(x) bénéficiaire(s) de profiter d'un avantage fiscal en cas de décès de l'assuré : un abattement proportionnel de 20% est applicable aux capitaux transmis, avant l'abattement fixe de 152 500 euros par bénéficiaire.

Assurances en cas de vie / assurances en cas de décès / assurances mixtes

- **Comprendre le contrat d'assurance vie ?**

Les contrats d'assurance vie font intervenir, outre l'assureur, trois personnes juridiquement distinctes :

- **le souscripteur ou contractant ou preneur d'assurance** : personne physique ou morale qui traite avec l'assureur, conclut le contrat et est débiteur de la prime ;
- **l'assuré** : personne physique sur la tête de laquelle l'assurance repose ;
- **le bénéficiaire** : personne désignée pour recueillir les prestations assurées lors de la réalisation du risque.

Dans les contrats garantissant le risque de décès, accidentel ou non, le contractant réunit généralement la double qualité de souscripteur et d'assuré. Bien évidemment, en cas de souscription sur la tête d'un tiers, ces deux qualités sont obligatoirement dissociées. Dans les contrats garantissant des prestations en cas de vie, le contractant est le plus souvent, non seulement souscripteur et assuré, mais également bénéficiaire. Ainsi, en pratique, les contrats d'assurance individuelle sont-ils à géométrie variable, intéressant en réalité deux, trois ou quatre personnes qui réunissent, selon les cas, une ou plusieurs qualités juridiquement distinctes.

- **Qui est le preneur d'assurance ?**

Le preneur d'assurance, couramment désigné sous le terme de souscripteur, est la personne qui contracte avec l'assureur. Ce peut être une personne physique ou encore une personne morale.

- **Identité du bénéficiaire**

Le bénéficiaire est la personne désignée par le souscripteur pour recevoir les prestations garanties par le contrat. Il peut s'agir soit de l'assuré lui-même, soit d'un tiers.

Si les garanties en cas de vie sont le plus souvent souscrites au profit du souscripteur-assuré, la coïncidence entre prestation en cas de vie et créance de l'assuré n'est toutefois pas absolue. Rien n'empêche en effet de désigner un tiers bénéficiaire pour percevoir, à l'échéance prévue, le capital ou la rente garantie.

Les prestations en cas de décès sont, quant à elles, nécessairement souscrites au profit d'une autre personne que l'assuré. Tel est le cas dans les contrats d'assurance en cas de décès, mais aussi dans les contrats d'assurance mixte et les contrats d'assurance en cas de vie avec contre-assurance, dès lors que l'assuré décède avant le terme stipulé.

Ainsi, en pratique, les contrats d'assurance sur la vie comportent le plus souvent une stipulation au profit d'un tiers bénéficiaire. Cette stipulation confère à ce dernier, bien qu'il ne soit pas partie au contrat d'assurance, des droits spécifiques qui trouvent directement leur origine dans le mécanisme de l'attribution bénéficiaire. Aussi convient-il, avant de préciser les conditions de fond et de forme de cette attribution, d'en déterminer la nature.

- **Attribution à titre onéreux ou à titre gratuit**

L'attribution bénéficiaire peut trouver sa cause dans une obligation du souscripteur. Dans ce cas, l'attribution est faite à titre onéreux. Le plus souvent, cependant, elle recouvre une libéralité, l'attribution étant faite à titre gratuit.

- **Attribution à titre onéreux**

Il y a attribution à titre onéreux du bénéfice d'un contrat lorsque le stipulant, tenu envers le tiers par une obligation quelconque, le désigne comme bénéficiaire, poursuivant dès lors un but intéressé. Ainsi, par exemple, y a-t-il attribution à titre onéreux dans le cas où

la désignation a pour objet de garantir un créancier. L'assurance sur la vie constitue alors un moyen de crédit original lorsque, notamment, le débiteur n'a pas d'autres ressources que son travail et que le créancier souhaite se protéger contre son éventuelle insolvabilité ou qu'il redoute son décès prématuré. Ne peut en revanche être considérée comme faite à titre onéreux, l'attribution du bénéfice du contrat à son conjoint par un époux commun en biens, dès lors qu'aucune action en reprise ne peut être intentée avant la dissolution de la communauté. De même, si la désignation bénéficiaire est faite pour satisfaire à une obligation alimentaire du souscripteur, il s'agit d'une attribution à titre gratuit, car l'obligation cesse au décès du débiteur.

L'attribution à titre onéreux du bénéfice du contrat peut être réalisée selon deux modalités distinctes.

D'une part, elle peut être faite en pleine propriété, réalisant ainsi l'exécution de l'obligation à laquelle le stipulant est tenu. Elle constitue alors une sorte de donation en paiement, à terme certain ou incertain selon la nature du contrat souscrit.

D'autre part, et c'est le cas le plus fréquent en pratique, l'attribution peut être faite en garantie, au profit du créancier, dont elle protège la créance. Celui-ci ne perçoit effectivement les prestations que s'il n'a pas été désintéressé préalablement à la survenance du terme du contrat. L'attribution en garantie se rapproche alors, mais se distingue néanmoins de la mise en gage proprement dite. La mise en gage suppose en effet la volonté des parties de constituer un gage, spécialement la volonté de l'assuré de céder son assurance en nantissement (Lucet F., Les garanties du contrat d'assurance vie, Defrénois 1999, art. 37005 ; Hovasse-Banget S., La fonction de garantie de l'assurance vie, Defrénois 1998, art. 36715 et 36785 ; Hovasse-Banget S., La mise en gage d'une assurance vie, Rev. not. ass.-vie 1989, p. 1020 ; Picard M. et Besson A., Les assurances terrestres, t. I, Le contrat d'assurance, LGDJ, 1982, nos 499 et 500). Par ailleurs, la procédure de mise en gage est différente de celle de l'attribution bénéficiaire. Elle suppose la rédaction d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé traduisant la volonté de mettre le contrat en nantissement.

- **Attribution à titre gratuit**

Le plus souvent, le bénéfice de l'assurance sur la vie est attribué à titre gratuit. Le souscripteur entend avantager le bénéficiaire qui ne fournit, directement ou indirectement, aucune contrepartie.

Une telle attribution constitue-t-elle une libéralité ? Cette importante question a fait l'objet d'une très longue controverse. Alors qu'une telle qualification semblait in fine avoir été admise, non seulement par les auteurs, mais encore et surtout par la jurisprudence, au moins lorsqu'elle statuait au plan civil, le débat a été réouvert.

À l'origine, deux types d'arguments semblaient s'opposer à une telle qualification.

D'une part, on faisait observer que, par le jeu de la stipulation pour autrui, le bénéficiaire d'une assurance sur la vie recueille directement de l'assureur un bien qui n'a jamais fait partie du patrimoine du souscripteur. Comment alors concilier cette opération avec la notion de libéralité ? En fait, le bénéficiaire d'une assurance sur la vie est investi, lors de sa désignation, d'un simple droit de créance conditionnel. Le prix de ce droit de créance est constitué par les primes que le stipulant paie à l'assureur. Si la désignation du bénéficiaire est motivée par une intention libérale, on constate un appauvrissement du stipulant égal à la somme des primes payées et un enrichissement du bénéficiaire dans le patrimoine duquel la créance contre l'assureur entre gratuitement. Il y a donc bien une libéralité, mais celle-ci porte uniquement sur la créance contre l'assureur et non sur la prestation assurée. Il existe d'autres donations dans lesquelles le donataire reçoit gratuitement un bien qui n'a jamais fait partie du patrimoine du donateur. Il en est ainsi lorsque l'acheteur d'un billet de loterie le remet à un tiers. Personne ne conteste qu'il s'agit bien d'une donation si cette remise est faite dans une intention libérale. Mais ce qu'a donné le donateur n'est pas le prix du billet : celui-ci n'est pas entré dans le patrimoine du donataire, même s'il est bien sorti du patrimoine du donateur. Le bénéficiaire de la libéralité est entré en possession d'un droit de créance conditionnel contre la loterie : si le numéro du billet sort au tirage, il recevra en toute propriété une somme d'argent qui n'a jamais appartenu au donateur. Cet exemple souligne la différence qui existe entre l'objet donné (un droit de créance), et la valeur de la

donation (le prix du billet). En cas d'attribution à titre gratuit du bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie, la situation est analogue. La libéralité porte sur une créance contre l'assureur et non sur la prestation assurée. La valeur de cette libéralité est constituée par le cumul des primes payées par le souscripteur à l'assureur.

Pour s'opposer à qualifier de libéralité l'attribution à titre gratuit du bénéficiaire de l'assurance vie, on faisait valoir, d'autre part, que le Code des assurances affranchit cette opération des règles de forme qui régissent les donations (C. civ., art. 931 et s.). C'est ainsi qu'il est dérogé à la règle de solennité des donations entre vifs, ou à la règle de l'acceptation par acte notarié, et à celle de sa notification au donateur. Bien plus, l'acceptation du bénéficiaire peut même intervenir après le décès du souscripteur. Il y aurait ainsi un cas exceptionnel où les donations à cause de mort seraient encore valables en droit moderne. En fait, la dérogation est encore plus profonde, car elle porte atteinte aux règles de fond des donations. L'assurance sur la vie à titre gratuit, contrairement aux règles d'incapacité de recevoir, peut en effet être conclue au profit d'enfants à naître. En outre, l'assurance vie au profit d'un tiers n'est pas non plus soumise aux règles du rapport et de la réduction, tant en ce qui concerne les sommes assurées que les primes payées, du moins lorsque celles-ci ne sont pas excessives. Dans la même mesure, elle échappe également aux règles des récompenses (C. assur., art. L. 132-16). On fut alors tenté de considérer que l'attribution à titre gratuit du bénéficiaire de l'assurance vie n'avait la nature d'une libéralité que dans l'hypothèse où les primes versées étaient excessives et dans la mesure de l'excès seulement. Cette interprétation semblait confortée par les travaux préparatoires de la loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance (L. 13 juill. 1930, JO 18 juill.).

Le député Lafarge, rapporteur devant la Chambre des députés, s'était en effet exprimé en ces termes :

« (La somme assurée) n'a pas formé l'objet d'une libéralité à l'adresse du bénéficiaire et elle n'est sujette ni au rapport ni à la réduction dans la succession du stipulant. Les créanciers de celui-

ci, même en cas de faillite, ne peuvent réclamer au bénéficiaire leur paiement sur le capital assuré.

La libéralité ou la fraude ne commence à apparaître que si les sommes versées comme primes ont été manifestement exagérées, excessives en raison des facultés de l'assuré et c'est dans ce cas, et dans cette mesure seulement, qu'il y aura lieu à rapport ou réduction pour permettre l'égalité du partage ou pour évaluer la quotité disponible en vue d'effectuer la réduction successorale».

- **Conditions de l'attribution bénéficiaire**

Conformément aux règles de la stipulation pour autrui, il appartient au souscripteur stipulant de désigner le bénéficiaire. Le souscripteur peut pareillement révoquer cette désignation, du moins en principe tant que le bénéficiaire n'a pas accepté la stipulation faite à son profit. L'acceptation en effet, sauf cas particuliers, rend l'attribution bénéficiaire irrévocable.

- **Comment se déroule la désignation du bénéficiaire ?**

Si le plus souvent le souscripteur prend soin de désigner le bénéficiaire auquel il entend que les prestations soient versées, cette désignation ne revêt aucun caractère obligatoire.

De même, si la désignation initiale se trouve finalement caduque ou privée d'effet, la validité et l'efficacité du contrat n'en seront en rien entachées.

- **Cas d'absence de bénéficiaire déterminé**

L'absence de bénéficiaire déterminé se rencontre non seulement dans l'hypothèse où le souscripteur n'a pas désigné de bénéficiaire, mais également dans les cas où la désignation faite par lui a été révoquée régulièrement, refusée par le bénéficiaire ou encore frappée de caducité ou de nullité.

- **Non-désignation d'un bénéficiaire**

L'absence de bénéficiaire déterminé peut simplement résulter de la non-désignation de la personne au profit de laquelle le souscripteur a entendu stipuler.

Cette hypothèse est, dans les faits, plutôt marginale. En effet, afin d'éviter la perte du bénéfice du régime favorable applicable en matière civile et fiscale en présence d'une bénéficiaire déterminé, les contrats prévoient le plus souvent une clause bénéficiaire type qui s'imposera à défaut de volonté contraire du souscripteur et généralement stipulée comme suit : « bénéficiaire en cas de décès : le conjoint de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré par parts égales, à défaut les héritiers de l'assuré ». Cette clause se révèle toutefois inefficace si, le souscripteur y ayant renoncé, il a désigné un bénéficiaire qui n'est pas « déterminable » lors de l'exigibilité des prestations. C'est en effet à cette date qu'il convient de se placer pour apprécier si un bénéficiaire a été ou non valablement désigné. Ainsi doit-on considérer qu'un contrat désignant l'employé du souscripteur pour percevoir les prestations n'est pas souscrit au profit d'un bénéficiaire déterminé si, au jour de l'exigibilité, plusieurs personnes sont au service du stipulant. Dans ce cas, en effet, le bénéficiaire n'est pas déterminable.

- **Révocation de la désignation bénéficiaire**

Tant que le bénéficiaire n'a pas accepté la stipulation faite à son profit, le souscripteur peut révoquer cette désignation. S'il exerce cette faculté, il a la possibilité de désigner un nouveau bénéficiaire en lieu et place du précédent. Toutefois, il n'y est pas obligé, la validité de la révocation n'étant pas affectée par l'existence ou le défaut d'une nouvelle stipulation. Dans l'hypothèse où le souscripteur ne désigne pas de nouveau bénéficiaire, le contrat doit donc être considéré comme étant sans bénéficiaire déterminé, celui désigné initialement ayant perdu cette qualité du fait de sa révocation.

- **Refus de l'attribution bénéficiaire**

Le bénéficiaire ne peut être contraint d'accepter la stipulation faite à son profit par le souscripteur. Il peut donc, avant comme après l'exigibilité des prestations assurées, renoncer au bénéfice du contrat, fût-ce en revenant sur l'acceptation qu'il avait antérieurement formulée.

Dans l'hypothèse où le bénéficiaire renonce avant le terme du contrat, le souscripteur a la possibilité de désigner un nouvel attributaire. S'il n'exerce pas cette faculté ou si le bénéficiaire renonce après l'échéance du contrat, les prestations pourront être versées aux bénéficiaires dits subsidiaires éventuellement désignés. À défaut, le contrat doit être considéré comme étant sans bénéficiaire déterminé.

- **Caducité de la désignation**

La désignation initialement faite par le souscripteur se trouve finalement privée d'effet si le tiers bénéficiaire désigné par le souscripteur à titre gratuit prédécède à l'assuré ou décède en même temps que ce dernier alors qu'aucune clause de représentation n'a été prévue. Aux termes de l'article L. 132-9 du Code des assurances, en effet :

« L'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance sur la vie à une personne déterminée est présumée faite sous la condition de l'existence du bénéficiaire à l'époque de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis, à moins que le contraire ne résulte des termes de la stipulation ».

Il ressort de ces dispositions que deux hypothèses sont donc à distinguer. Si le contrat a été souscrit dans une intention libérale, les héritiers du bénéficiaire prédécédé à l'assuré ne peuvent, en principe, prétendre au versement des prestations et ce, même si le bénéficiaire prédécédé avait préalablement accepté. Cette solution est bien évidemment inapplicable si le souscripteur a exprimé une volonté contraire en prévoyant la représentation. Dans l'hypothèse où le contrat ne comporte pas de bénéficiaire désigné à titre

subsidaire et où le souscripteur ne procède pas après le décès du bénéficiaire initial à une nouvelle attribution, l'assurance est donc dépourvue de bénéficiaire déterminé. En revanche, si l'attribution du bénéfice a été faite à titre onéreux, les héritiers du bénéficiaire recueillent, dans la succession, le bénéfice du contrat, en même temps que la créance garantie par celui-ci.

- **Nullité de la désignation**

La désignation bénéficiaire peut être frappée de nullité soit pour cause d'illégalité, soit parce qu'elle est considérée comme contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs.

- **Désignation illégale**

Aux termes du Code des assurances, la désignation ou la substitution du bénéficiaire « ne peut être opérée, à peine de nullité, qu'avec l'accord de l'assuré, lorsque celui-ci n'est pas le contractant ».

Toute attribution bénéficiaire intervenue en contradiction avec ces dispositions est donc frappée de nullité. À défaut de la préexistence d'un ou de plusieurs bénéficiaires dûment acceptés par l'assuré, le contrat doit, malgré la désignation ou la substitution opérée par le souscripteur, être considéré comme étant sans bénéficiaire déterminé.

La nullité de la désignation peut encore être prononcée en raison de l'incapacité de recevoir qui frappe le bénéficiaire. Ainsi en va-t-il, par exemple et conformément au Code civil, des mandataires judiciaires à la protection des majeurs et des personnes morales au nom desquelles ils exercent leurs fonctions. Tel est aussi le cas des membres des professions médicales et de la pharmacie, ainsi que des auxiliaires médicaux qui ont prodigué des soins à l'assuré pendant la maladie dont il est décédé qui ne peuvent, en application du même article 909 du Code civil, profiter de la stipulation éventuellement faite à leur profit durant cette maladie. La désignation pourra encore être frappée de nullité si elle traduit un

vice du consentement du souscripteur tel une violence exercée sur une personne en état de faiblesse.

- **Désignation contraire à l'ordre public et aux bonnes mœurs**

Bien que le souscripteur ait en principe toute liberté pour désigner le bénéficiaire de son choix, cette liberté ne doit pas permettre la conclusion de contrats dont l'objectif serait immoral. Ainsi les juges peuvent-ils avoir à apprécier si la désignation du bénéficiaire ne trouve pas sa cause dans la volonté du stipulant de déshériter un enfant pour une raison de discrimination raciale. De même, la jurisprudence a-t-elle eu à plusieurs reprises l'occasion de prononcer la nullité de la désignation de la concubine ou de la maîtresse du souscripteur.

En cas de concubinage simple, la désignation est en principe reconnue comme valable. Cette solution est à rapprocher de celle qui a été retenue en matière de responsabilité et qui permet à la concubine de demander au tiers responsable du décès de son compagnon, réparation du préjudice subi.

En revanche, en cas de concubinage adultère, la situation est plus délicate.

L'annulation de la désignation bénéficiaire n'a en principe aucune incidence sur la validité du contrat et l'assureur demeure tenu du règlement des prestations garanties. Celles-ci doivent donc être versées, soit au profit du bénéficiaire précédemment désigné si la désignation objet de l'annulation résultait d'un avenant au contrat, soit à défaut dans les conditions prévues en cas d'absence de bénéficiaire déterminé.

- **Conséquences de l'absence de bénéficiaire déterminé**

Conformément aux dispositions du Code des assurances, « lorsque l'assurance en cas de décès a été conclue sans désignation d'un bénéficiaire, le capital ou la rente garantis font partie du patrimoine ou de la succession du contractant ».

- **Choix du contrat – Conseil de l’assureur ou de l’intermédiaire**

Sauf à engager sa responsabilité civile, l’assureur, ou l’intermédiaire, se doit, au titre de son obligation d’information et de conseil, de fournir au candidat à la souscription une information précontractuelle adaptée à la situation personnelle de l’intéressé et à la complexité de l’opération. Afin de garantir au candidat à l’assurance le meilleur conseil dans le choix du contrat qu’il s’apprête à souscrire, le législateur est intervenu aux termes d’une première ordonnance no 2009-106 du 30 janvier 2009 (JO 31 janv.), qui a créé l’article L. 132-27-1 du Code des assurances, lequel a été abrogé à effet du 1er octobre 2018 par une seconde ordonnance no 2018-361 du 16 mai 2018 relative à la distribution d’assurances (JO 17 mai, art. 10), qui a repris en substance mais en l’étendant le même dispositif sous l’article L. 522-5 du Code des assurances (entrée en vigueur au 1er oct. 2018).

- **Mode d’échange des consentements**

Lorsqu’une personne souhaite souscrire un contrat d’assurance sur la vie, les choses se passent généralement de la façon suivante : ou bien elle se rend elle-même chez l’assureur, son agent ou un courtier, ou bien, hypothèse plus fréquente, ceux-ci se déplacent auprès d’elle pour lui exposer les conditions dans lesquelles le contrat peut être conclu. Dans tous les cas, un imprimé préétabli par l’assureur, comportant un questionnaire, lui est normalement remis. Il s’agit de la proposition d’assurance par laquelle le souscripteur renseigne l’assureur sur la nature du risque qu’il lui propose de prendre en charge. Si l’assureur accepte d’accorder sa garantie, il établit un contrat, en deux exemplaires au moins, qu’il transmet au souscripteur, à charge pour lui d’y apposer sa signature et d’en retourner un exemplaire à l’assureur, accompagné du paiement de la première cotisation.

Cette procédure durant au minimum plusieurs jours, voire plusieurs semaines, la question se pose de savoir à quel moment le contrat peut être considéré comme véritablement formé. Ceci revient à

déterminer les rôles respectifs de la proposition d'assurance, d'une part, et de l'acceptation de l'assureur, d'autre part.

- **Proposition d'assurance : notion**

La proposition d'assurance est le document par lequel le souscripteur demande à l'assureur de couvrir les risques qu'il déclare. Il s'agit d'un acte préliminaire au contrat, qui n'engage par lui-même ni l'assuré ni l'assureur. Ce document doit comporter ou s'accompagner de certains éléments d'information destinés à renseigner le futur assuré sur les conditions essentielles du contrat.

- **Objet de la proposition**

L'objet principal de la proposition est de saisir l'assureur d'une demande de garantie des risques déclarés par le candidat à l'assurance. En principe, la proposition d'assurance se matérialise par un imprimé préétabli par l'assureur comportant un questionnaire permettant à ce dernier d'être renseigné sur tous les éléments nécessaires à l'appréciation des risques qu'on lui propose de prendre en charge. Conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances, l'assuré doit « répondre exactement aux questions posées par l'assureur », mais il n'a pas à aller au-delà de ces questions (Cass. 2e civ., 9 avr. 2009, no 08-14.624). En effet, les assurés ne pouvant déterminer qu'avec difficulté les circonstances de nature à intéresser l'assureur, le législateur de 1989 (L. no 89-1014, 31 déc. 1989, JO 3 janv. 1990, art. 10, portant adaptation du Code des assurances à l'ouverture du marché européen) a supprimé l'ancienne obligation de déclaration spontanée du risque. L'assureur quant à lui est tenu, en application de l'article L. 112-3 du Code des assurances, de soumettre au proposant un questionnaire qui soit précis. Aux termes de ces dispositions, en effet, l'assureur ne pourrait ultérieurement se prévaloir, pour sanctionner l'assuré, du fait qu'une question posée en termes généraux n'ait reçu qu'une réponse imprécise.

- **Valeur de la proposition**

Malgré l'existence de ces contraintes et obligations, l'article L. 112-2 du Code des assurances prévoit dans son alinéa 6, que « la proposition d'assurance n'engage ni l'assuré, ni l'assureur ; seule la police ou la note de couverture constate leur engagement réciproque ».

- **Qualité de l'information**

Afin de garantir au candidat à l'assurance une information de qualité concernant la convention qu'il s'apprête à souscrire, l'ordonnance no 2009-106 du 30 janvier 2009 (JO 31 janv.), ratifiée par l'article 35 de la loi no 2010-737 du 1er juillet 2010 (JO 2 juill.), a créé un nouvel article L. 132-27 du Code des assurances, applicable au 1er juillet 2010. Le contenu de cet article a toutefois été modifié par ce même article 35 de la loi no 2010-737 du 1er juillet 2010 (JO 2 juill.). Cette modification a eu pour objet d'étendre à tous les contrats d'assurance sur la vie et de capitalisation le champ d'application du dispositif, lequel était initialement réservé aux seuls contrats comportant une valeur de rachat ou de transfert. Ainsi, l'article L. 132-27 du Code des assurances prévoit désormais : « toutes les informations, y compris les communications à caractère publicitaire, relatives à un contrat d'assurance sur la vie ou à un contrat de capitalisation présentent un contenu exact, clair et non trompeur. Les communications à caractère publicitaire sont clairement identifiées comme telles ». L'ordonnance no 2018-361 du 16 mai 2018 relative à la distribution d'assurances (JO 17 mai, art. 10), a adopté des dispositions similaires à l'article L. 132-27 précité, sous un article L. 521-1 du Code des assurances qui a vocation à s'appliquer à tous les contrats d'assurance vie et non vie, créant ainsi une redondance s'agissant des contrats d'assurance vie. L'article L. 132-27 du Code des assurances a fait l'objet, de la part de l'ACPR, d'une recommandation « sur les communications à caractère publicitaire des contrats d'assurance vie » en date du 12 février 2015 (Recomm. ACPR, no 2015-R-01, 12 févr. 2015), applicable au 16 août 2015, aux fins de mise en place de bonnes

pratiques tant sur les éléments de présentation générale de la publicité que sur les modalités d'application spécifiques. Sont ainsi notamment visées la nature du contrat, la présentation équilibrée des avantages promus par rapport aux risques encourus, la présentation des taux de rendement et les opérations commerciales comprenant les arguments liés aux frais du contrat. À noter encore la recommandation de l'ARPP (Autorité de Régulation Professionnelle de la Publicité) du 28 janvier 2014 relative à « la publicité des produits financiers et d'investissement et, services liés » qui s'adresse aux agences, annonceurs, médias, régies et supports publicitaires et qui comporte plusieurs dispositions relatives aux contrats d'assurance vie.

Le dispositif ainsi mis en place vise à assurer, dans le domaine des assurances, une convergence avec les règles de la directive no 2004/39/CE du 21 avril 2004 (JOCE 30 avril, no 145), concernant les marchés d'instruments financiers, transposée par l'ordonnance no 2007-544 du 12 avril 2007 (JO 13 avr.). Dans le même esprit, et afin de responsabiliser les intermédiaires dans la confection des documents publicitaires, l'article 4 de l'ordonnance no 2008-1271 du 5 décembre 2008 (JO 6 déc.), prévoit, sous l'article L. 132-28 du Code des assurances applicable à compter du 1er janvier 2010, que les conventions d'intermédiation (sur ces conventions, voir nos 4528 et s.) doivent notamment prévoir les conditions dans lesquelles l'intermédiaire est tenu de soumettre à l'assureur les documents à caractère publicitaire préalablement à leur diffusion afin de vérifier leur conformité au contrat et, le cas échéant, à la notice.

L'ensemble de ce dispositif a été complété, s'agissant spécifiquement des contrats en unités de compte, par trois recommandations de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution à savoir :

— recommandation no 2016-R-04 du 13 décembre 2016 qui a remplacé la précédente recommandation no 2010-R-01 du 15 octobre 2010 portant sur la commercialisation des contrats

d'assurance sur la vie en unités de compte constituées d'instruments financiers complexes ;

- recommandation no 2011-R-02 du 23 mars 2011 portant sur les communications à caractère publicitaire des contrats d'assurance vie en unités de compte composées de titres obligataires et autres titres de créance, remplacée par la recommandation plus générale référencée no 2019-R-01 du 6 décembre 2019 sur les communications à caractère publicitaire des contrats d'assurance vie ;
- recommandation no 2011-R-03 du 6 mai 2011 sur la commercialisation de contrats d'assurance vie en unités de compte constituées de titres de créance émis par une entité liée financièrement à l'organisme d'assurance.

À noter encore que les contrats dits obsèques, en raison de leur finalité particulière, ont fait l'objet d'une recommandation spécifique (Recomm. ACPR, no 2015-R-02, 12 févr. 2015, « sur la commercialisation des contrats d'assurance vie liés au financement en prévision d'obsèques » remplaçant la recommandation de même nom de l'ACP no 2011-R-04 du 15 juin 2011).

- **Double exigence légale**

Afin de permettre au candidat à l'assurance de comprendre la portée du contrat qu'il s'apprête à souscrire, le législateur impose à l'assureur de lui fournir, dès le stade de la proposition, une information préalable. À noter que cette information doit être en principe fournie en français. Toutefois, lorsque la loi applicable au contrat est autre que la loi française ou encore lorsque le souscripteur est ressortissant d'un autre pays, l'information peut être fournie dans la langue du pays dont ce dernier est ressortissant.

Alors que certains éléments de l'information à délivrer intéressent tous les contrats d'assurance, y compris les contrats d'assurance sur la vie, d'autres ne sont exigés que pour cette dernière catégorie de contrats. Le fait que l'assurance sur la vie soit ainsi soumise, en matière d'information précontractuelle, à un double régime, a

généralisé nombre de contentieux, certains souscripteurs ayant prétendu devant les juridictions que l'assureur devait fournir, respectivement au titre de chacun de ces régimes, une information matériellement distincte. Le législateur est donc intervenu par une loi du 15 décembre 2005 (L. no 2005-1564, 15 déc. 2005, JO 16 déc., portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance) et a clarifié pour l'avenir le dispositif applicable. Selon ces nouvelles dispositions, l'assurance sur la vie demeure soumise à une double exigence légale (règles communes à tous les contrats, d'une part, règles spécifiques à l'assurance sur la vie, d'autre part), mais la coexistence de ces deux régimes est désormais légalement organisée.

- **Règles communes à tous les contrats**

Il résulte des dispositions de l'article L. 112-2 du Code des assurances que l'assureur doit transmettre au preneur d'assurance, avant la conclusion du contrat, une fiche d'information sur le prix et les garanties, ainsi qu'un exemplaire du projet de convention ou une notice d'information sur le contrat. Ce texte impose en outre à l'assureur de préciser dans ces documents « la loi qui est applicable au contrat si celle-ci n'est pas la loi française, les modalités d'examen des réclamations qu'il peut formuler au sujet du contrat et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du Code de la consommation, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, ainsi que l'adresse du siège social et, le cas échéant, de la succursale qui se propose d'accorder la couverture ». À noter que les dispositions du titre V du livre Ier de l'ancien Code de la consommation ont été reprises sous le titre Ier du livre VI du nouveau Code de la consommation. À noter également que, l'information relative à la possibilité éventuelle de recourir, en cas de litige, aux services d'une médiation est encore prévue par l'article L. 111-1, 6^o, du Code de la consommation.

- **Fiche d'information sur le prix et les garanties**

Instituée par l'article 8 de la loi assurances du 31 décembre 1989 (L. no 89-1014, 31 déc. 1989, JO 3 janv. 1990, art. 8, portant adaptation du Code des assurances à l'ouverture du marché européen), la fiche d'information sur le prix et les garanties doit permettre au candidat à l'assurance de comparer les tarifs proposés par les différents assureurs de la place. L'information doit donc être remise avant la conclusion du contrat, en pratique au moment de la souscription de la proposition, et porter sur les tarifs généraux applicables aux garanties normalement prévues par le contrat.

- **Projet de convention ou notice d'information sur le contrat**

Conformément à l'article L. 112-2 du Code des assurances, l'assureur doit également remettre, avant la conclusion du contrat, à l'assuré « un exemplaire du projet de contrat et de ses pièces annexes ou une notice d'information sur le contrat qui décrit précisément les garanties assorties des exclusions, ainsi que les obligations de l'assuré ». Ces documents doivent préciser la loi applicable si celle-ci n'est pas la loi française, les modalités d'examen des réclamations, ainsi que l'adresse de l'assureur. En pratique, la remise du projet de contrat emporte notamment remise des conditions générales dudit contrat.

Le souscripteur « atteste par écrit de la date de remise des documents mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 112-2 et de leur bonne réception ».

- **Règles spécifiques aux contrats d'assurance sur la vie**

Pour tous les contrats d'une durée supérieure à deux mois, le Code des assurances impose à l'assureur, d'une part, de remettre contre récépissé au souscripteur une note d'information et, d'autre part, de faire figurer sur la proposition ou, à défaut, sur le contrat lui-même, certaines mentions obligatoires.

Ces obligations sont sanctionnées par la prorogation du délai de renonciation prévu par l'article L. 132-5-1 du Code des assurances au profit de toute personne physique ayant signé une proposition ou un contrat d'assurance.

- **Contrats en unités de compte**

Ce dispositif d'information précontractuelle applicable à tous les contrats d'assurance-vie a toutefois fait l'objet de mesures complémentaires s'agissant des contrats en unités de compte à la faveur de l'adoption de la loi no 2019-486 du 22 mai 2019, dite « loi PACTE » (JO 23 mai), dont il n'est pas prévu qu'elles soient sanctionnées par la prorogation du délai de renonciation, de sorte que tout manquement ne pourra qu'être sanctionné dans les conditions de droit commun.

Ainsi, et conformément à l'article L. 522-5 du Code des assurances, applicable à compter du 24 mai 2019, l'intermédiaire ou l'entreprise d'assurance doivent communiquer, préalablement à toute souscription une information détaillée précisant, pour chaque unité de compte :

- la performance brute de frais, la performance nette de frais et les frais prélevés, au cours d'une période définie par arrêté du ministre chargé de l'économie (à paraître) ;
- et les éventuelles rétrocessions de commission perçues au titre de la gestion financière des actifs représentatifs des engagements exprimés en unités de compte par l'entreprise d'assurance, par ses gestionnaires délégués, y compris sous la forme d'un organisme de placement collectif, ou par le dépositaire des actifs du contrat dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de l'économie (à paraître).

Sur l'obligation de communiquer, à compter du 1er janvier 2022, aux souscripteurs avant la conclusion ou l'adhésion à un contrat en unités de compte, la proportion d'unités de compte du contrat respectant les modalités mentionnées aux 1^o à 3^o de l'article L. 131-1-2 du Code des assurances, concernant l'obligation pour l'assureur de proposer des valeurs mobilières ou des OPCVM ou des actifs

figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 131-1 du Code des assurances et qui en outre contribuent au financement de la transition énergétique et écologique, à l'investissement socialement responsable ou au financement des entreprises solidaires d'utilité sociale (C. assur., art. L. 131-1-2, issu de l'article 72 de la loi PACTE, précitée), voir no 3729.

• Information du candidat : note d'information

Aux termes de l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, il est prévu : « Avant la conclusion d'un contrat d'assurance sur la vie ou d'un contrat de capitalisation, par une personne physique, l'assureur remet à celle-ci, contre récépissé, une note d'information sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et sur les dispositions essentielles du contrat. Un arrêté fixe les informations qui doivent figurer dans cette note, notamment en ce qui concerne les contrats en unités de compte ».

Cette note visant à retracer les dispositions essentielles du contrat, elle ne saurait consister en une simple reproduction des conditions générales, fût-ce de manière incomplète (Cass. 2e civ., 8 déc. 2016, no 15-26.086, publié au Bulletin, RGDA 2017, p. 135, note Mayaux L., Resp. civ. et assur. 2017, comm. 89, Groutel H.). Les informations qui doivent figurer dans cette note sont fixées par l'article A. 132-4 du Code des assurances dont l'annexe fournit un modèle de note.

Après avoir indiqué sa dénomination, sa forme juridique, l'adresse de son siège social et, le cas échéant, l'adresse de la succursale (mentionnant le nom de l'État membre) avec laquelle le contrat sera conclu, l'assureur doit fournir, dans la note d'information, les indications suivantes :

1) Nom commercial du contrat

2) Caractéristiques du contrat

Sous cette rubrique doivent figurer les informations suivantes :

— **définition contractuelle des garanties offertes** : définition des garanties et indication des options proposées par l'assureur au

terme du contrat (option capital ou option rente). Le numéro de la branche (C. assur., art. R. 321-1) correspondant à chaque garantie doit également être précisé ;

— ***durée du contrat*** ;

— ***modalités de versement des primes*** : il convient de préciser le montant minimal des versements qui devront être effectués par le souscripteur ainsi que la périodicité de ces versements ;

— ***délai et modalités de renonciation au contrat*** : il s'agit de la renonciation dans le délai de trente jours prévue par l'article L. 132-5-1 du Code des assurances ;

— ***formalités à remplir en cas de sinistre*** : dans cette rubrique, il convient d'indiquer quelles sont les pièces qui doivent être fournies par le bénéficiaire et les délais de règlement des sinistres par l'assureur ;

— ***précisions complémentaires relatives à certaines catégories de contrats*** :

* *contrats en cas de vie* : frais et indemnités de rachat et autres frais prélevés par l'assureur. Conformément à l'article R. 132-3, alinéa 1er, du Code des assurances, ces frais peuvent être libellés dans la monnaie du contrat ou calculés en pourcentage des primes, des provisions mathématiques, du capital garanti ou du rachat effectué,

* *autres contrats comportant des valeurs de rachat* : frais prélevés en cas de rachat et autres frais,

* *contrats comportant des garanties exprimées en unités de compte* : la note d'information doit énoncer les unités de compte de référence et, pour chaque unité de compte sélectionnée par le souscripteur, ses caractéristiques principales (C. assur., art. A. 132-6). Si l'assureur n'a pas inséré l'encadré prévu par l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, il convient d'indiquer, en outre, pour chaque unité sélectionnée, d'une part, les frais prélevés par l'assureur sur la provision mathématique ou le capital garanti et, d'autre part, les frais pouvant être supportés par l'unité de compte (à noter que jusqu'au 1er mai 2006, c'est la somme de ces frais qui devait être indiquée), ainsi que les modalités de versement du produit des droits attachés à la détention de l'unité de compte. Pour chaque unité de compte constituée sous forme d'OPCVM visé aux 3o, 7o, 7o quater, 8o, 9o ter, 9 quater ou 9o sexies de l'article R.

332-2 du Code des assurances, l'indication des caractéristiques principales peut valablement être effectuée par la remise du « document d'information clé pour l'investisseur » (DICI). L'annexe de l'article A. 132-4 du Code des assurances prévoit encore la possibilité, pour les OPCVM à règles d'investissement allégées visés au 7o ter de l'article R. 332-2 du Code des assurances, de remettre la note détaillée. Lorsque le DICI ou, le cas échéant, la note détaillée ne sont pas remis au souscripteur, celui-ci doit être informé de ses modalités d'obtention, ainsi que, le cas échéant, de l'adresse électronique où se procurer ce document. À noter enfin que depuis le 1er janvier 2018 est applicable le règlement no 1286/2014 du Parlement européen et du Conseil (JOUE 9 déc. 2014, no L 352) en date du 26 novembre 2014 et portant sur les documents d'information clés relatifs aux produits d'investissement packagés de détail et fondés sur l'assurance (dit PRIIPS : packaged retail and insurance-based investment products) et dont l'entrée en vigueur, initialement fixée au 31 décembre 2016, a été reportée suivant le règlement no 2016/2340 du Parlement européen et du Conseil du 14 décembre 2016 (JOUE 23 déc. 2016, no L 354). Ce règlement a pour objet l'établissement de règles uniformes relatives au format et au contenu du document d'informations clés qui doit être rédigé par les initiateurs de produits d'investissement packagés de détail et fondés sur l'assurance (PRIIPS), et à la fourniture de ce document aux investisseurs de détail afin de permettre la compréhension et la comparabilité des principales caractéristiques du PRIIPS et des risques associés ;

— **informations sur les primes relatives aux garanties principales et complémentaires** lorsque de telles informations s'avèrent appropriées ;

— **loi applicable au contrat si ce n'est pas la loi française et indications générales relatives au régime fiscal** (Cass. 2e civ., 3 oct. 2013, no 12-24.957 : l'assureur qui se bornerait à indiquer « la fiscalité qui s'applique à votre contrat est la fiscalité française » manquerait à son obligation d'information ; dans le même sens, Cass. 2e civ., 5 mars 2020, no 18-26.173).

3) Rendement minimum garanti et participation :

- **taux d'intérêt garanti et durée de cette garantie;**
- **indication des garanties de fidélité, des valeurs de réduction et de rachat.** Dans le cas où ces valeurs ne peuvent être établies exactement au moment de la souscription, il convient de distinguer selon que le contrat a été souscrit avant ou après le 1er mai 2006. Jusqu'au 1er mai 2006, l'article A. 132-4 du Code des assurances prévoyait que l'assureur devait indiquer le mécanisme de calcul ainsi que des valeurs minimales. À effet du 1er mai 2006, l'article A. 132-4 du Code des assurances prévoit que ces indications sont fournies selon les modalités fixées par l'article A. 132-4-1 du Code des assurances ;
- **modalités de calcul et d'attribution de la participation aux bénéfices.** Dans cette rubrique, il y a lieu de décrire le mécanisme de taux utilisé : pourcentage des bénéfices distribués, indice d'évolution éventuellement choisi en application de l'article A. 132-3 du Code des assurances, durée au cours de laquelle cette garantie de taux s'applique. Il doit, par ailleurs, être précisé dans quelle proportion la participation aux bénéfices sera affectée aux contrats réduits.

4) Procédure en cas de litiges

La note d'information doit enfin indiquer la procédure qui est prévue par l'assureur en cas de survenance d'un litige relatif au contrat. Elle doit ainsi préciser s'il existe un service spécifique auprès duquel les éventuelles réclamations doivent être formulées : service « consommateurs », « clientèle » ou « qualité », par exemple. Elle doit, par ailleurs, informer le souscripteur qu'après épuisement de ces procédures internes, il a, le cas échéant, la possibilité de saisir un médiateur.

5) Référence expresse au rapport sur la solvabilité

Le cas échéant, est indiquée la référence expresse au rapport que l'assureur doit publier chaque année sur sa solvabilité et sa situation financière conformément à l'article L. 355-5 du Code des assurances, permettant au souscripteur d'accéder facilement à ces informations.

- **Proposition d'assurance ou projet de contrat valant note d'information**

Aux termes du Code des assurances, « la proposition d'assurance ou le projet de contrat vaut note d'information, pour les contrats d'assurance ou de capitalisation comportant une valeur de rachat ou de transfert, lorsqu'un encadré, inséré en début de proposition d'assurance ou de projet de contrat, indique, en caractères très apparents, la nature du contrat. L'encadré comporte en particulier le regroupement des frais dans une même rubrique, les garanties offertes et la disponibilité des sommes en cas de rachat, la participation aux bénéficiaires, ainsi que les modalités de désignation des bénéficiaires. Un arrêté du ministre chargé de l'Économie, pris après avis de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, fixe le format de cet encadré ainsi que, de façon limitative, son contenu ».

En application de ces dispositions issues de l'article 4, II, de la loi no 2005-1564 du 15 décembre 2005 (JO 16 déc.), les assureurs sont désormais légalement autorisés, sous certaines conditions, à se dispenser de fournir une note d'information en sus de la proposition d'assurance ou du projet de contrat. Certes, depuis longtemps, les assureurs avaient opté pour la délivrance d'un document unique, mais cette pratique fut condamnée par la jurisprudence. Elle est désormais légalisée.

- **L'insertion d'un encadré**

Conformément à l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, l'assureur peut se dispenser de fournir une note d'information distincte, sous réserve d'insérer, en début de proposition d'assurance ou de projet de contrat, un encadré dont le format et le contenu sont fixés par l'article A. 132-8 du Code des assurances. Aux termes du même article L. 132-5-2, cette possibilité est offerte pour les seuls contrats d'assurance comportant une valeur de rachat ou de transfert.

Selon la jurisprudence, ce projet de contrat peut être constitué des conditions générales à condition de comporter, en tête, non

seulement un encadré d'une page, rédigé en caractères très apparents et conforme à l'article A. 132-8, mais également un modèle de lettre de renonciation outre le rappel des modalités d'exercice de ce droit (Cass. 2e civ., 8 mars 2018, no 17-10.864, RGDA 2018, p. 259, note Mayaux L.).

Aux termes de l'article A. 132-8 du Code des assurances, applicable aux contrats souscrits à compter du 1er mai 2006, l'encadré doit être placé en tête de proposition d'assurance ou de projet de contrat (ou de notice s'il s'agit d'un contrat de groupe à adhésion facultative). Il doit se matérialiser par un trait entourant les dispositions essentielles du contrat. Ainsi, ne répond pas à cette définition, l'encadrement qui se présente par un titre en haut, un grand trait vertical sur le côté droit, la mention « dispositions essentielles sur le côté gauche » et un gros trait horizontal en bas (Cass. 2e civ., 22 oct. 2015, no 14-25.533, RGDA 2015, p. 574, note Pélissier A., Resp. civ. et assur. 2016, comm. 24, Groutel H.).

Sa taille ne doit pas dépasser une page et il doit contenir, de façon limitative et dans l'ordre précisé ci-dessous, les informations suivantes :

1) **Nature du contrat**

Cette information doit figurer en caractères très apparents. Elle doit indiquer si le contrat est un contrat d'assurance vie individuel ou de groupe, ou un contrat de capitalisation. Pour les contrats de groupe, cette indication est complétée par la mention suivante : « les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat, conclus entre (dénomination de l'entreprise d'assurance) et (dénomination du souscripteur). L'adhérent est préalablement informé de ces modifications ».

2) **Garanties offertes**

Elles doivent être indiquées, en ce compris les garanties complémentaires non optionnelles, avec référence aux clauses les définissant. Il doit, en outre, être précisé si le contrat prévoit le paiement d'un capital ou d'une rente. Le texte précise le contenu de cette obligation selon que le contrat comporte des garanties en euros, en devises ou en unités de compte :

- **contrats en euros ou en devises** : il est indiqué si le contrat comporte ou non une garantie en capital au moins égale aux sommes versées, nettes de frais ;
- **contrats en unités de compte** : il est indiqué, en caractères très apparents, que les montants investis sur les supports en unités de compte ne sont pas garantis mais sont sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers ;
- **contrats multisupports** : l'information sur les garanties offertes distingue les droits exprimés en unités de compte et ceux qui ne le sont pas. Elle est effectuée conformément aux dispositions ci-dessus respectivement pour la partie unités de compte et pour la partie euros ou devises.

3) Participation aux bénéfices

L'encadré doit préciser l'existence ou non d'une participation aux bénéfices contractuelle ainsi que, le cas échéant, les pourcentages de celle-ci. Il doit également indiquer la référence à la clause précisant les conditions d'affectation des bénéfices techniques et financiers, clause qui doit figurer dans le contrat en application de l'article L. 132-5 du Code des assurances.

4) Faculté de rachat ou de transfert

Il est indiqué que le contrat comporte une faculté de rachat ou de transfert. Cette indication est complétée par la mention « les sommes sont versées par l'assureur dans un délai de (...) » (délai de versement). Sont également indiquées les références à la clause relative aux modalités de rachat et de transfert et au tableau mentionné à l'article L. 132-5-2.

5) Regroupement des frais

Sont indiqués dans une même rubrique les frais et indemnités de toute nature prélevés par l'assureur et mentionnés à l'article R. 132-3 ainsi que, le cas échéant, l'existence de frais pouvant être supportés par l'unité de compte. Il est renvoyé à une clause du contrat ou au prospectus simplifié pour le détail de ces derniers frais et l'encadré doit comporter cette information. En ce qui concerne les

frais prélevés par l'assureur, la rubrique doit distinguer :

- « **frais à l'entrée et sur versements** » : montant ou pourcentage maximum des frais prélevés lors de la souscription et lors du versement des primes ;
- « **frais en cours de vie du contrat** » : montant ou pourcentage maximum, sur base annuelle, des frais prélevés et non liés au versement des garanties ou des primes ;
- « **frais de sortie** » : montant ou pourcentage maximum des frais sur quittances d'arrérages, indemnités mentionnées à l'article R. 132-5-3 (indemnités de rachat) ;
- « **autres frais** » : montant ou pourcentage maximum des frais et indemnités autres que ceux ci-dessus visés.

6) **Durée du contrat recommandée**

L'encadré doit faire figurer la mention suivante : « La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale du souscripteur (ou de l'adhérent), de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur et des caractéristiques du contrat choisi. Le souscripteur (ou l'adhérent) est invité à demander conseil à son assureur ».

7) **Modalités de désignation des bénéficiaires**

Sont indiquées les modalités de désignation des bénéficiaires comme il est dit au 1^o de l'article A. 132-9. Ainsi, il est précisé que le souscripteur ou l'adhérent peut désigner le ou les bénéficiaires dans le contrat et ultérieurement, par avenant au contrat, ou dans le bulletin d'adhésion et ultérieurement par avenant à l'adhésion. Il est, en outre, indiqué que la désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. L'encadré indique également la référence à la clause du contrat comportant les informations relatives à la clause bénéficiaire telles que prévues à l'article A. 132-9 (modalités de désignation du bénéficiaire, possibilité de porter les coordonnées du bénéficiaire au contrat, possibilité de modifier la clause lorsqu'elle n'est plus appropriée, information sur la désignation qui devient irrévocable après acceptation).

Immédiatement après l'encadré, et conformément au dernier alinéa de l'article A. 132-8 du Code des assurances, la mention suivante doit être insérée : « cet encadré a pour objet d'attirer l'attention du souscripteur (ou de l'adhérent) sur certaines dispositions essentielles de la proposition d'assurance (ou du projet de contrat, ou de la notice). Il est important que le souscripteur (ou l'adhérent) lise intégralement la proposition d'assurance (ou le projet de contrat ou la notice), et pose toutes les questions qu'il estime nécessaires avant de signer le contrat (ou le bulletin d'adhésion) ».

À titre d'exemple, l'encadré figurant en tête d'une proposition d'assurance pourrait se présenter comme suit :

Contrat X est un contrat d'assurance vie individuel de type multisupports.

* Le contrat prévoit le paiement au terme d'un capital ou d'une rente et comporte également des garanties en cas de décès (voir page 2, paragraphe 1)

– Pour la partie en euros, le contrat comporte une garantie en capital égale aux sommes versées nettes de frais.

– Pour la partie en unités de compte, les montants investis ne sont pas garantis et sujets à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers.

* Le contrat prévoit une participation aux bénéfices contractuelle (voir page 3, paragraphe 2).

* Le contrat comporte une faculté de rachat et les sommes sont versées par l'assureur dans un délai de deux mois (voir page 3, paragraphe 12).

* Le contrat prévoit les frais suivants :

— Frais à l'entrée et de versement :

– Frais prélevés sur les montants versés : a % ;

— Frais en cours de vie du contrat :

– b % de frais prélevés chaque année au titre de la gestion du contrat sur la part des droits exprimés en unités de compte

– c % de frais prélevés chaque année au titre de la gestion du contrat sur la part des droits exprimés en euros

— Autres frais

– d % du montant arbitré en cas d'arbitrage

Les frais supportés par les unités de compte sont précisés dans les prospectus des unités de compte.

* La durée du contrat recommandée dépend notamment de la situation patrimoniale du souscripteur, de son attitude vis-à-vis du risque, du régime fiscal en vigueur, et des caractéristiques du contrat choisi. Le souscripteur est invité à demander conseil auprès de son assureur.

* Le souscripteur peut désigner le ou les bénéficiaires dans le contrat et ultérieurement par avenant au contrat. La désignation bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique

• Mentions de la proposition d'assurance

Les mentions devant figurer dans la proposition sont prévues par l'article L. 132-5-2 du Code des assurances en ces termes : « la proposition ou le projet de contrat d'assurance ou de capitalisation indique, pour les contrats qui en comportent, les valeurs de rachat au terme de chacune des huit premières années du contrat au moins, ainsi que, dans le même tableau, la somme des primes ou cotisations versées au terme de chacune des mêmes années. Toutefois, pour les contrats mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 132-23, l'entreprise indique les valeurs de transfert au lieu des valeurs de rachat. La proposition ou le projet de contrat d'assurance ou de capitalisation indique les valeurs minimales et explique le mécanisme de calcul des valeurs de rachat ou de transfert lorsque celles-ci ne peuvent être établies ».

Le même article prévoit, par ailleurs, que l'assureur doit faire figurer, soit dans la proposition, soit dans le contrat d'assurance ou de capitalisation :

- un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation ;
- une mention dont les termes sont fixés par l'article A. 132-4-2 du Code des assurances, précisant les modalités de renonciation.

- **Mentions relatives aux valeurs de rachat**

Dans tous les cas où le contrat comporte une valeur de rachat, l'assureur doit en préciser le montant au terme de chacune des huit premières années au moins (sur la notion de valeur de rachat, voir nos 3947 et s.). Jusqu'à l'intervention de la loi du 16 juillet 1992 (L. no 92-665, 16 juill. 1992, art. 26, JO 17 juill., portant adaptation au marché unique européen de la législation applicable en matière d'assurance et de crédit), cette obligation était limitée aux six premières années.

Au cas particulier, notamment des contrats en unités de compte, l'obligation de mentionner les futures valeurs de rachat a suscité des difficultés d'application qui conduisent à distinguer deux régimes, l'un antérieur et l'autre postérieur à l'adoption de l'article L. 132-5-2 du Code des assurances (issu de L. no 2005-1564, 15 déc. 2005, art. 4, II, JO 16 déc.).

- **Régime en vigueur**

Rappelons que, conformément à l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, si les valeurs de rachat (ou de transfert s'agissant des contrats groupe) ne peuvent être établies lors de la souscription, l'assureur doit en indiquer les valeurs minimales et en expliquer le mécanisme de calcul. L'article A. 132-4-1 du même code précise les modalités de communication de ces informations. Ces nouvelles dispositions sont applicables aux contrats souscrits à compter du 1er mai 2006.

Composé de deux parties, l'article A. 132-4-1 du Code des assurances commence par fixer le principe, puis en indique les modalités d'application au cas particulier des contrats comprenant des garanties en unités de compte.

- **Principe de l'information sur la valeur de rachat**

Selon l'article A. 132-4-1, I du Code des assurances, lorsque les valeurs de rachat ou de transfert ne peuvent être établies en euros

ou en devises, l'information relative à ces valeurs doit être effectuée comme suit.

Lorsque cela est possible, il doit être indiqué, dans le tableau prévu à l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, les valeurs de rachat ou de transfert minimales. Si ces valeurs minimales ne peuvent être établies, il doit être indiqué qu'il n'existe pas de valeurs minimales. Dans le tableau susvisé, les valeurs de rachat ou de transfert sont exprimées, selon les cas, à partir d'un nombre générique d'unités de compte, d'un nombre générique de parts de provision technique de diversification ou d'une formule de calcul. L'indication de ces valeurs doit être complétée par une explication littéraire placée sous le tableau.

- **Application au cas particulier des contrats en unités de compte**

Conformément à l'article A. 132-4-1, II, du Code des assurances, pour les contrats libellés en unités de compte, l'information relative aux valeurs de rachat ou de transfert peut valablement être établie à partir d'un nombre générique initial de cent unités de compte et ne pas prendre en compte les arbitrages et les rachats programmés que le contrat peut prévoir. Toutefois, s'il est prévu dans la proposition d'assurance ou le projet de contrat qu'un arbitrage doit intervenir à l'expiration du délai de renonciation, les valeurs doivent être calculées en supposant ledit arbitrage réalisé.

Par ailleurs, les valeurs de rachat ou de transfert doivent tenir compte des prélèvements effectués à quelque titre que ce soit sur la provision mathématique du contrat. Lorsque, à ce stade précontractuel, tout ou partie des prélèvements ne peut être déterminé, il est indiqué, en caractères très apparents, immédiatement après le tableau, que les valeurs ne tiennent pas compte desdits prélèvements, en précisant en outre, lorsque tel est le cas, également en caractères très apparents, que les prélèvements ne sont pas plafonnés en nombre d'unités de compte. Enfin, dans ce cas, il est mentionné, à titre d'exemple, des simulations pour les huit premières années au moins, intégrant les frais prélevés. Ces simulations sont relatives à l'intégralité de la

valeur de rachat ou de transfert et doivent être établies à partir de trois hypothèses explicites : stabilité de la valeur des unités de compte, hausse de cette valeur et, symétriquement, baisse de même amplitude.

Au cas particulier de contrats dont une part seulement est exprimée en unités de compte, il est prévu que la part de la valeur de rachat ou de transfert relative aux engagements en euros ou en devises et celle relative aux engagements en unités de compte doivent être indiquées distinctement. Le cas échéant, il est indiqué que les valeurs minimales mentionnées dans le tableau correspondent aux seuls engagements exprimés en euros ou en devises.

Dans tous les cas, l'information relative aux valeurs de rachat ou de transfert des contrats libellés en unités de compte doit être complétée par :

- l'explication littéraire des valeurs de rachat ou de transfert, cette explication devant notamment comprendre une mention telle que celle prévue à l'article A. 132-5 du Code des assurances en ces termes : « l'entreprise d'assurance ne s'engage que sur le nombre d'unités de compte mais pas sur leur valeur ; la valeur de ces unités de compte, qui reflète la valeur d'actifs sous-jacents, n'est pas garantie mais est sujette à des fluctuations à la hausse ou à la baisse dépendant en particulier de l'évolution des marchés financiers ». La jurisprudence n'exige pas que cette mention soit reproduite intégralement, il suffit que la mise en garde relative à l'absence de garanties soit délivrée (Cass. 2e civ., 8 sept. 2016, no 15-20.182, RGDA 2016, p. 482, note Mayaux L.) ;
- les modalités de calcul du montant en euros de la valeur de rachat.

• **Montant des primes versées**

Aux termes de l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, la proposition ou le projet de contrat doit indiquer, dans le même tableau, que les valeurs de rachat ou de transfert, la somme des primes versées (ou plus exactement qu'il est prévu d'avoir versé) au terme de chacune des huit premières années. Cette obligation a été

introduite par la loi no 2003-706 du 1er août 2003 (JO 2 août), dite loi de sécurité financière, et est applicable depuis le 1er juillet 2004.

• Mentions relatives au droit de renonciation

Aux termes de l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, il est prévu :

« La proposition ou le contrat d'assurance ou de capitalisation comprend :

1o Un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation ;

2o Une mention dont les termes sont fixés par arrêté du ministre chargé de l'Économie, précisant les modalités de renonciation ».

Le modèle de lettre est rédigé par l'assureur. Il peut être libellé de la façon suivante :

« Monsieur le Directeur,

Je soussigné (nom, prénom et adresse du proposant) déclare renoncer à la souscription au contrat Y que j'ai signé le (date) et demande le remboursement du versement effectué, soit la somme de x euros.

Date et signature ».

Ce modèle de lettre ne saurait valablement figurer dans les conditions générales au lieu et place de la proposition (Cass. 2e civ., 22 mai 2014, no 13-19.233, Resp. civ. et assur. 2014, comm. 283, note Pierre Ph. ; Cass. 2e civ., 24 mars 2016, no 15-16.693, Resp. civ. et assur. 2016, comm. 211, Groutel H.) et n'a, a fortiori, évidemment pas à figurer dans un document distinct (Cass. 2e civ., 12 sept. 2013, no 12-22.649, RGDA 2014, p. 47, note Mayaux L.).

La mention destinée à préciser les modalités de renonciation figure sous l'article A. 132-4-2, I du Code des assurances (créé par l'Arr. 1er mars 2006, JO 10 mars, art. 1er, et applicable à compter du 1er mai 2006). Elle est ainsi rédigée : « Le souscripteur peut renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du (moment où le preneur est informé que le contrat est

conclu). Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante (adresse à laquelle la lettre de renonciation doit être envoyée). Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la proposition d'assurance ou le contrat ». Cette mention doit précéder la signature du souscripteur.

Ce dispositif, issu de l'article 4, II, de la loi no 2005-1564 du 15 décembre 2005 (JO 16 déc.), est sensiblement différent de celui qui était antérieurement en vigueur. En effet, si sous l'empire de l'ancien article L. 132-5-1 du Code des assurances le modèle de lettre de renonciation devait figurer dans la proposition, il peut désormais, au choix de l'assureur, apparaître dans le contrat lui-même (v. sur l'application de l'ancien dispositif : Cass. 2e civ., 25 févr. 2010, no09-10.638 ; Cass. com., 2 mars 2010, no 09-12.175). Par ailleurs, l'article L. 132-5-2 du Code des assurances dispose que l'assureur doit intégrer dans la proposition ou le contrat la mention sur les modalités de renonciation prévue par l'article A. 132-4-2, I, suscitée. Sous le régime antérieur, c'est dans la note d'information que l'assureur devait informer le souscripteur « sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation » (C. assur., art. L. 132-5-1 ancien). Cette disposition ayant été maintenue par l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, de sorte que les souscripteurs seront désormais (sauf le cas de recours à « l'encadré » prévu par le même article, lequel ne reprend pas cette mention, v. l'article A. 132-8 du Code des assurances) doublement informés sur les modalités de renonciation, une première fois par la note d'information et une seconde fois par la proposition d'assurance ou le contrat. En revanche, tant sous le régime antérieur que sous le régime actuel, l'assureur n'a pas à mentionner la sanction encourue de plein droit en cas de défaut de remise des documents d'information, c'est-à-dire le mécanisme de prorogation du délai de la faculté de renonciation (Cass. 2eciv., 9 juill. 2009, no 08-18.730, Bull. civ. II, no 189 ; Cass. 2eciv., 8 oct. 2009, no 08-20.207).

- **Faculté de renonciation**

Aux termes du Code des assurances, il est prévu :

« Toute personne physique qui a signé une proposition d'assurance ou un contrat d'assurance sur la vie a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel.

Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de deux mois ».

- **Conditions d'exercice du droit à renonciation**

Seules les personnes physiques, à l'exclusion en conséquence des personnes morales, disposent du droit de renoncer à l'opération d'assurance. Ce droit n'est par ailleurs applicable qu'aux contrats d'une durée supérieure à deux mois.

- **Auteur de la renonciation**

S'agissant de l'exercice d'un droit personnel, la faculté de renonciation, initiale ou prorogée, doit en principe être exercée par le souscripteur lui-même à l'exclusion d'un mandataire, fût-il avocat, sauf mandat spécial prévoyant expressément l'exercice de cette faculté. De la même façon, les héritiers du souscripteur ne sauraient, à notre avis, être admis à exercer le droit de renonciation.

- **Quelle est la forme de la renonciation ?**

L'exercice du droit de renonciation résulte normalement de l'envoi par le souscripteur d'une lettre qui manifeste de manière claire et non équivoque la volonté de ce dernier de renoncer au contrat, éventuellement inspirée du modèle proposé par l'assureur.

- **Délai d'exercice**

Le souscripteur dispose, pour exercer son droit, d'un délai de trente jours courant à compter du jour où il est informé que le contrat est conclu. Le point de départ du délai de renonciation est toutefois reporté dans l'hypothèse où l'assureur a omis de remettre les documents et informations prévus au même article. Dans ce cas, et jusqu'au trentième jour révolu suivant la date de remise effective de ces documents, le souscripteur dispose du droit de renoncer à l'opération. La preuve du point de départ tant du délai de renonciation que du délai de huit ans (jour où le souscripteur est informé que le contrat est conclu) incombe à l'assureur.

- **Quels sont les effets de la renonciation ?**

Si le souscripteur exerce son droit de renonciation, l'assureur doit lui restituer la totalité des sommes versées, sans pouvoir opérer une quelconque retenue. En effet, même si le risque de décès a été couvert dès la souscription, l'assureur ne peut prélever la fraction de prime correspondante. Il ne peut davantage prétendre au règlement d'intérêts au titre d'une avance qu'il aurait pu consentir.

L'assureur dispose d'un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée pour restituer les sommes. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

- **Acceptation de l'assureur**

Le contrat n'étant parfait que par la rencontre des volontés de l'assureur et de l'assuré, sa formation est subordonnée à l'acceptation par l'assureur de la proposition du souscripteur.

- **Prise d'effet et échange des consentements**

Comme la formation du contrat, la prise d'effet de l'assurance devrait en principe coïncider avec l'échange des consentements de l'assureur et du souscripteur. En pratique, il en va pourtant le plus souvent différemment.

Sauf clause contraire, le contrat d'assurance produit un effet immédiat, le point de départ de son application coïncidant avec sa conclusion. Dès le moment de la formation du contrat, chacune des parties doit donc exécuter les obligations mises à sa charge par la convention. Spécialement, l'assureur doit sa garantie pour tout sinistre intervenu à partir de cet instant. L'assuré, quant à lui, doit s'acquitter des cotisations qu'il s'est engagé à payer.

Cette solution, apparemment simple, n'est pas sans soulever quelques difficultés. En effet, le moment précis de la formation du contrat est parfois difficile à déterminer par rapport à celui de la survenance d'un sinistre. Ainsi, lorsque le contrat est rendu parfait par l'apposition de la signature du souscripteur, il peut être délicat, en cas par exemple de décès immédiat du tiers assuré, de savoir si, lors du sinistre, l'assureur était effectivement engagé. Afin d'éviter toute contestation, les assureurs prennent généralement le soin d'intégrer dans leurs contrats des clauses de report d'effet.

- **Clauses de report d'effet**

Comme pour toutes les autres conventions d'assurance, les assureurs vie peuvent prévoir dans leurs contrats différents types de clauses dont l'objet est d'en retarder la prise d'effet. Ils peuvent, par exemple, opter pour une clause de prise d'effet le lendemain à midi du jour de la conclusion du contrat ou encore pour une clause de prise d'effet à telle date préalablement fixée.

- **Note de couverture**

C'est un document qui émane du seul assureur, par lequel celui-ci s'engage à garantir immédiatement l'assuré contre tel risque et dans telles conditions.

La note de couverture n'est soumise à aucune condition de forme particulière. Si la note de couverture a été établie afin de conférer à un assuré une garantie provisoire en attendant que l'assureur ait examiné sa proposition, deux cas de figure doivent être distingués selon qu'en définitive l'assureur accepte ou pas de contracter :

- si l'assureur accepte de contracter, comme dans l'hypothèse précédente, un contrat est alors établi qui se substitue à la note de couverture. Cette dernière perd alors tout effet, sous réserve de la détermination de la date d'effet de l'assurance, qu'elle continue de fixer, rendant inefficace toute clause de report d'effet éventuellement contenue dans les conditions générales du contrat ;
- si l'assureur refuse de contracter, la note de couverture devient alors la preuve d'un accord provisoire d'une durée limitée, à l'expiration de laquelle la garantie prend automatiquement fin.

- **La preuve du contrat**

Comme pour tous les contrats d'assurance, le législateur exige que la convention d'assurance vie, pourtant parfaite dès la rencontre des volontés de l'assureur et du souscripteur, fasse l'objet d'un écrit. En formulant cette exigence, le législateur a en effet souhaité écarter notamment la preuve par témoins et par présomption de fait, considérée comme trop dangereuse pour un contrat par nature complexe, et dont l'exécution, outre qu'elle s'échelonne le plus souvent sur une longue période, peut intéresser des tiers. En imposant la rédaction d'un écrit, les intérêts de tous sont en principe sauvegardés, les droits et obligations de chacun étant normalement clairement définis dans la convention. Dans l'hypothèse où, malgré ces précautions, un différend interviendrait sur la commune intention des parties ou sur l'interprétation des termes contenus dans le contrat, il appartiendrait aux juges du fond de trancher.

- **Règles générales et mentions obligatoires**

Le Code des assurances prévoit non seulement les règles générales de forme applicables à tous les contrats, mais il énumère en outre un certain nombre de mentions qui doivent obligatoirement figurer dans l'écrit qui les constate.

- **Quelles sont les conditions de forme ?**

Aux termes de l'article L. 112-3, alinéa 1er, du Code des assurances, il est prévu que « le contrat d'assurance (est rédigé) par écrit, en français, en caractères apparents ».

Toutefois, en application des alinéas 2 et 3 dudit article, le souscripteur a parfois la faculté d'opter pour une autre langue.

- **Exigence d'un écrit**

Bien que le contrat d'assurance sur la vie soit à caractère consensuel, le législateur impose, dans un but probatoire, la rédaction d'un écrit pour constater la convention intervenue entre les parties. Ainsi, l'écrit n'est-il pas nécessaire pour donner existence à l'accord de l'assureur et du souscripteur, mais seulement pour en constituer la preuve.

La forme proprement dite de cet écrit n'étant pas réglementée, tout écrit est en principe valable, dès lors qu'il permet d'établir l'échange des consentements de l'assureur et du souscripteur. Ainsi l'assurance peut-elle être prouvée au moyen des correspondances échangées entre les parties. Elle peut encore résulter du rapprochement de la proposition écrite du souscripteur et de l'acceptation écrite, fût-ce par courriel de l'assureur.

Quel que soit le nombre d'exemplaires du contrat, il n'est pas nécessaire que chacun de ces documents soit signé par toutes les parties. Pour que l'exemplaire détenu par l'une des parties soit opposable à un autre des contractants, il suffit en effet que la signature de ce dernier y soit apposée, celle du possesseur du document n'étant pas nécessaire. Enfin, la police d'assurance vie doit obligatoirement être nominative.

- **Rédaction en français**

Les contrats doivent en principe être rédigés en langue française. Cette exigence intéresse non seulement les contrats proposés par les sociétés d'assurance françaises, mais également en principe, par les sociétés étrangères et notamment par les entreprises européennes exerçant leur activité sur le territoire dans le cadre de la libre prestation de services. À défaut d'être rédigées en français, les clauses contractuelles seraient considérées comme inapplicables. Toutefois, lorsque la loi française est écartée au profit de celle du pays dont le souscripteur, personne physique, est ressortissant, la langue de ce pays peut être utilisée pour rédiger le contrat.

- **Usage de caractères apparents**

L'exigence d'une rédaction « en caractères apparents » vise à contraindre les assureurs à présenter des contrats qui soient clairs et lisibles pour les consommateurs.

Certaines clauses doivent même être rédigées « en caractères très apparents ». Ainsi, les clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions autres que celles prévues par la loi, de même que les clauses relatives à la durée du contrat, doivent faire l'objet d'une impression telle que non seulement l'attention de l'assuré soit attirée, mais en outre que « la prise de connaissance soit facilitée par la grande lisibilité de la clause (...) il faut forcer son attention, il faut qu'elle se détache du contexte de façon à être saisie rapidement par une lecture rapide ».

- **Mentions relatives au droit de renonciation**

Il convient de rappeler que, conformément au Code des assurances, les mentions relatives au droit de renonciation peuvent figurer soit dans la proposition, soit dans le contrat d'assurance. À défaut pour l'assureur de les avoir mentionnées dans la proposition (cette intégration étant toutefois la plus courante), il conviendra de les faire figurer dans le contrat.

- **Quelles sont les parties contractantes ?**

La police d'assurance indique « les noms et domiciles des parties contractantes ». En ce qui concerne le souscripteur, il y a lieu de faire figurer, outre ses nom et domicile, ses prénoms et sa profession.

S'agissant de l'assureur, il convient d'indiquer son nom ou sa raison sociale, ainsi que l'adresse de son siège social et, le cas échéant, de la succursale qui accorde la couverture. Le contrat doit également comporter le nom et l'adresse des autorités chargées du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde la couverture. Sauf en ce qui concerne les entreprises communautaires, qui sont soumises à la surveillance exclusive des autorités de leur État d'origine (principe du home country control consacré par l'article 8 de la troisième directive vie), ce contrôle est exercé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Le nom ou la raison sociale de l'entreprise doit par ailleurs être suivi de la mention, en caractères uniformes, « Entreprise régie par le Code des assurances ». Enfin, s'il s'agit d'une société anonyme, il convient d'indiquer le montant du capital social et la portion libérée de ce capital. Pour les sociétés d'assurance mutuelles, il doit être apposé la mention suivante : « Société d'assurance mutuelle ».

- **Quels sont les risques couverts ?**

Le contrat doit indiquer la personne assurée et la nature des risques garantis.

Aux termes du Code des assurances, doivent ainsi être précisés « les nom, prénoms et date de naissance du ou des assurés ». Par ailleurs, l'assurance sur la vie visant à garantir soit le risque de décès, soit le risque de survie, le contrat doit mentionner « l'événement ou le terme duquel dépend l'exigibilité du capital ou de la rente garantis ». Enfin, le contrat doit faire apparaître, en caractères très apparents, les clauses de nullité, de déchéance et d'exclusions.

- **Cotisation d'assurance**

Le contrat doit indiquer le montant de la cotisation d'assurance. Sauf hypothèse de versement d'une prime unique, cette mention est complétée par l'indication du mode de paiement des cotisations, de leur périodicité et des dates d'échéance.

En présence d'un contrat en unités de compte, le contrat doit encore préciser « la date à laquelle les primes versées sont converties en ces unités de compte ».

- **Sommes assurées – Revalorisation des prestations après décès**

Les contrats d'assurance sur la vie ayant un caractère forfaitaire, le montant des prestations garanti doit impérativement figurer dans le contrat. Cette mention, peut être exprimée soit en euros, soit, le cas échéant, par référence aux unités de compte choisies.

Dans l'hypothèse où des garanties de fidélité sont prévues, celles-ci « doivent être explicitement décrites dans le contrat et clairement distinguées de la garantie qui en est l'objet principal ».

Le contrat doit également préciser les conditions d'affectation des bénéficiaires techniques et financiers.

Le contrat doit encore indiquer « les délais et les modalités de règlement du capital ou de la rente garanti » (sur le délai maximum de règlement, voir no3985).

Le contrat, dès lors qu'il comporte des valeurs de rachat ou, s'il ne comporte pas de valeur de rachat, dès lors que les bénéficiaires sont des personnes physiques, doit préciser les conditions dans lesquelles la revalorisation du capital garanti intervient après le décès de l'assuré.

- **Quelle est la durée de l'assurance ?**

La durée du contrat doit être mentionnée en caractères très apparents.

Par ailleurs, le contrat étant obligatoirement daté du jour où il est établi et la date de prise d'effet de l'assurance n'étant pas

nécessairement concomitante, le contrat doit indiquer le moment à partir duquel le risque est garanti ainsi que la durée de cette garantie.

- **Valeurs de rachat et de réduction**

Les modalités de calcul doivent être précisées dans le contrat lui-même.

- **Frais**

Les contrats d'assurance en cas de vie (avec ou sans contre-assurance) doivent indiquer les frais prélevés par l'entreprise. Ces frais peuvent être libellés dans la monnaie du contrat ou calculés en pourcentage des primes, des provisions mathématiques, du capital garanti ou du rachat effectué.

Les autres contrats comportant une valeur de rachat doivent indiquer les frais prélevés en cas de rachat ».

- **Les clauses ambiguës ou équivoques ?**

Comme pour les autres contrats d'assurance, il se peut que les contrats d'assurance sur la vie donnent lieu à interprétation, soit qu'il existe certaines divergences de rédaction entre les divers documents remis aux assurés, ou même entre l'exemplaire du contrat de l'assureur et celui du souscripteur, soit que certaines clauses soient ambiguës ou équivoques.

- **Divergences de rédaction**

Les principes applicables en matière d'assurance sur la vie ne sont pas différents de ceux qui régissent les autres types d'assurance. Ainsi, lorsque les documents d'information remis au souscripteur préalablement à la souscription (fiche d'information et note d'information notamment) sont en contradiction avec la note de couverture ou avec le contrat d'assurance, ce sont ces derniers qui

doivent prévaloir puisqu'eux seuls manifestent un consentement. Quand, en l'absence de clause de hiérarchie des documents, les conditions générales et les conditions particulières du contrat sont en opposition, ce sont en principe les conditions particulières qui doivent être appliquées car elles sont présumées spécialement adaptées au cas de l'assuré, alors que les conditions générales sont censées régir l'ensemble des contrats de même type souscrits auprès de l'assureur (application de l'adage *generalia specialibus non derogant*).

Enfin, lorsqu'il y a contradiction entre les exemplaires du contrat respectivement détenus par l'assureur et par l'assuré, c'est l'exemplaire de ce dernier qui doit prévaloir, l'assureur, rédacteur du contrat, devant subir les conséquences de l'erreur qu'il a commise en établissant des exemplaires non identiques.

- **Clauses ambiguës ou équivoques**

Lorsque les clauses sont claires et précises, elles n'ont évidemment pas besoin d'être interprétées et elles ne doivent pas l'être. Tout juge du fond qui s'y risquerait commettrait une dénaturation du contrat et encourrait la cassation. Ceci ne s'oppose en revanche pas à ce qu'une clause, fût-elle claire et précise, soit annulée comme contraire à la loi.

Contrats en euros et contrats en unités de compte

- **Assurance-vie : contrat en Euros**

Un contrat d'assurance-vie en euros est un placement au sein duquel l'épargne est investie en emprunts d'Etats ou obligations. Le capital est garanti. Nous allons voir que ce type de placement comporte bien entendu à la fois des avantages et des inconvénients.

Commençons par définir les termes clés. Les contrats d'assurance-vie dits « en euros » sont des contrats monosupports. A la différence des contrats multisupports, l'épargne du souscripteur dans un contrat d'assurance-vie en euros ne peut être placée que sur un unique fonds (ou support) investi majoritairement en obligations, emprunts d'Etats, bons du Trésor. La plupart des contrats en euros courants sont investis en obligations françaises.

- **Avantages des contrats en euros**

Le principal avantage des contrats d'assurance-vie en euros est d'offrir une grande sécurité de placement, au moyen de plusieurs mécanismes que nous allons détailler ci-après.

- **La sécurité du placement**

Les obligations, emprunts d'Etats et bons du Trésor sont en principe des produits financiers au rendement régulier et peu variable. L'épargne investie est ainsi à l'abri des aléas des marchés actions.

- **Un capital garanti par l'assureur**

Dans le cadre d'un contrat d'assurance-vie en euros, l'épargne investie est intégrée à l'actif général de l'assureur, qui s'en porte garant. Le capital peut également être intégré à l'actif cantonné de

l'assureur : l'épargne collectée est alors détenue et gérée distinctement des autres placements proposés par la compagnie.

- **L'effet cliquet**

Les intérêts perçus dans un contrat d'assurance-vie en euros sont versés chaque année et définitivement acquis à l'épargnant, même si les années suivantes voient le rendement des placements diminuer.

- **Le taux minimum garanti**

Certains contrats d'assurance-vie proposent un taux minimum garanti chaque année. Ce taux garanti est plafonné et réglementé par le Code des assurances. Il ne peut dépasser 85% de la moyenne des taux de rendement de leurs actifs calculée sur les deux dernières années.

Prenons un exemple, pour être plus explicite :

En année N, le taux de rendement d'un contrat est de 3%. En année N+ 1, son taux est de 2,8%. En année N+2, l'assureur qui distribue le contrat ne peut garantir un taux supérieur à 2,46 %, taux correspondant à 85% de $[(3 + 2,8) \div 2]$.

- **Inconvénients des contrats en euros**

Les contrats d'assurance-vie en euros présentent cependant des inconvénients :

Les contrats d'assurance-vie en euros sont des contrats monosupports, nous l'avons vu. Aucun arbitrage de l'épargne vers des placements plus performants n'est possible au sein du contrat. C'est pourquoi, pour plus de liberté et de souplesse, il est souvent préférable de choisir un contrat multisupport qui pourra allier sécurité au moyen du fonds en euros et diversification au moyen des unités de compte.

- **Limite de l'effet cliquet**

Les assureurs peuvent constituer des réserves, c'est-à-dire reporter le service des intérêts d'une année sur l'autre pour une distribution ultérieure. Ce mécanisme a pour effet de pénaliser le souscripteur désireux de sortir du contrat d'assurance-vie avant la distribution des intérêts.

- **Un rendement peu attractif**

La baisse tendancielle des taux directeurs des banques centrales affecte le rendement des obligations et autres placements de ce type. Dès lors, la détention d'un contrat monosupport en euros perd peu à peu son intérêt face au choix d'un contrat multisupport qui offre la liberté de sécuriser et de dynamiser son épargne dans un même contrat.

La moindre pertinence des contrats monosupports est telle que le législateur encourage le transfert d'épargne vers les contrats multisupports, au travers de l'amendement Fourgous . Ce dispositif permet de transférer son contrat d'assurance-vie sans perte de l'antériorité fiscale. Cette possibilité est ouverte sous la condition d'investir au minimum 20% du contrat sur des fonds en unités de compte.

- **Les contrats d'assurance-vie dits en unités de compte**

Les contrats d'assurance-vie dits en unités de compte (UC) sont des contrats au sein desquels l'épargne est investie sur des supports financiers de diverses natures.

- **Avantages des contrats en unités de compte**

Le principal avantage des contrats en unités de compte est d'offrir une grande diversité de placements, autorisant des stratégies d'investissement variées, pour des investisseurs à la recherche de

diversité et de performances et acceptant une dose de risque qui peut être élevée. Grâce aux arbitrages le souscripteur peut faire évoluer la répartition de son investissement sur les différentes unités de compte en fonction de son profil d'investisseur, de ses objectifs et de l'évolution des marchés financiers. Ceci à la différence des contrats monosupports en euros, qui proposent un seul et unique support d'investissement garanti par l'assureur mais ne permettant pas une diversification de l'épargne.

- **Les particularités des contrats en unités de compte**

Alors que dans les contrats en euros, les sommes investies et les intérêts capitalisés sont garantis par l'assureur, dans les contrats en unités de compte, l'assureur s'engage uniquement sur un nombre d'unités de compte inscrites au contrat et non sur leur valeur. En effet, celle-ci peut fluctuer au gré des marchés financiers (pour les Sicav et FCP) ou immobiliers (pour les SCPI et OPCI).

Les contrats en unités de compte présentent donc un risque pour l'épargnant : en cas de baisse des marchés, la valeur du contrat peut – selon les supports choisis – diminuer et l'investissement supporter une perte en capital. L'épargnant peut donc retrouver – au terme du contrat – un capital global inférieur à l'épargne versée (sauf insertion dans le contrat de clauses spécifiques protectrices).

- **Unités de compte et multisupports**

Afin d'allier performance et sécurité, il est conseillé de choisir des contrats d'assurance-vie multisupports, c'est-à-dire comportant à la fois un ou des fonds en euros et des fonds en unités de compte.

Ainsi, une partie de l'épargne est sécurisée sur le fonds en euros, pendant que l'autre est investie principalement en actions afin de générer sur le long terme un surplus de performance.

Certains contrats prévoient également des options financières permettant notamment une sécurisation de l'épargne : les plus-values enregistrées sur les unités de compte sont automatiquement réinvesties sur le fonds en euros.

- **Qu'est-ce qu'une unité de compte ?**

Composantes les plus volatiles d'un contrat d'assurance-vie "multisupport", les unités de compte sont des instruments financiers pouvant entraîner des plus-values et des moins-values importantes. Elles exigent donc d'être gérées par des personnes disposant de solides compétences financières. Zoom sur ces produits particuliers, leur fonctionnement et leurs modes de gestion.

- **Définition de l'unité de compte**

L'unité de compte est le nom donné aux différents supports d'investissement utilisés dans un contrat d'assurance-vie "multisupport".

Contrairement au fonds en euros qui en constitue l'autre volet, le capital n'est pas libellé en euros mais en parts dont la valeur fluctue en fonction des marchés boursiers.

- **La gestion libre ou directe**

L'assuré procède seul à la gestion des unités de compte de son contrat. Ce mode de gestion nécessite impérativement que l'assuré possède des connaissances sérieuses en matière financière, car il lui faudra choisir entre les centaines de supports proposés par son contrat et procéder lui-même aux arbitrages nécessaires (ventes et achat, afin de sauvegarder ses plus-values ou limiter ses pertes).

Cette gestion nécessite un suivi régulier et donc du temps.

Selon les contrats, le souscripteur dispose de plus ou moins d'outils qui lui permettent d'automatiser certaines tâches : stop-loss pour limiter les pertes, écrêtage automatique pour sécuriser les gains, rééquilibrage automatique de l'épargne, investissement progressif pour limiter le risque d'entrer sur un titre au plus haut, dynamisation des intérêts, etc.

- **La gestion conseillée**

L'assureur fournit au souscripteur une recommandation d'allocation puis des conseils d'arbitrage. Mais l'assuré reste seul juge et reste libre de suivre ou pas ces recommandations.

Ceci lui permet de paramétrer son portefeuille en fonction de son but. L'investisseur peut également disposer des divers outils de gestion automatique mis à sa disposition dans le cadre du contrat. Dans ce cas, on parle de gestion « pilotée ».

- **La gestion profilée**

Dans ce type de gestion, après détermination de votre profil d'investisseur (en fonction de vos objectifs de gain, durée d'investissement, appétence ou aversion au risque, etc.) vous êtes apparenté à l'un des 10 profils types auquel correspond une allocation d'actifs qui sera arbitrée ensuite dans le cadre d'un mandat.

- **La gestion à horizon**

Ce mode de gestion est déterminé en fonction de la situation de l'assuré. Il est plus particulièrement destiné aux assurés jeunes qui sur la durée peuvent prendre des risques en début de contrat pour faire fructifier leur épargne, les plus-values étant sauvegardées dès lors où l'on approche du terme du contrat, la gestion devenant plus prudente.

- **La gestion déléguée (ou sous mandat)**

La gestion est intégralement déléguée à un gestionnaire qui va gérer seul en fonction de sa vision des marchés. L'investisseur est donc complètement pris en charge et n'a rien à faire, excepté d'accepter le coût de cette gestion (frais d'environ 0,7 à 0,8 % l'an). Les diverses solutions de gestion répondent à des besoins

différents. Et il est toujours possible de passer d'un type de gestion à l'autre, si l'assuré le souhaite.

Les spécificités

- **Quel est la durée des contrats d'assurance vie ?**

Le choix de la durée d'un contrat est lié à l'objectif de départ (achat immobilier, préparation de la retraite...). Toutefois, pour tirer le meilleur bénéfice d'un contrat d'assurance vie et de la fiscalité qui y est attachée, mieux vaut envisager un engagement d'une durée minimale de huit ans.

En cas de décès de l'assuré en cours de contrat, des dispositions contractuelles permettent le plus souvent à un ou plusieurs bénéficiaires de percevoir une prestation en cas de décès.

- **Les cotisations des contrats d'assurance vie**

Les contrats d'assurance vie à versements programmés

Le souscripteur s'engage à respecter un calendrier de versements mensuels, trimestriels, annuels... Ces contrats d'assurance vie autorisent généralement des versements complémentaires à la convenance du souscripteur.

Les contrats d'assurance vie à versements libres

Ils permettent de décider librement du montant des cotisations et de la date de versement. Toutefois, dans certains contrats d'assurance vie, un montant minimal de cotisation est prévu.

Les contrats à cotisation unique

Une seule cotisation est versée au moment de la souscription.

- **Quels sont les frais des contrats d'assurance vie ?**

Des frais prévus dans le contrat peuvent être prélevés tels que les frais d'entrée (à l'occasion des versements effectués) et les frais de gestion.

Pour les contrats d'assurance vie multisupports, il peut s'agir également de frais d'arbitrage calculés sur les sommes transférées

en cas de changement de supports, de frais d'entrée inhérents à certains supports (Sicav, par exemple), etc.

Les différentes options de sortie des contrats d'assurance vie

A leur terme, les contrats d'assurance vie offrent différentes possibilités :

- obtenir le versement de la prestation sous forme de capital ;
- obtenir le versement de la prestation sous forme de rente, soit viagère immédiate (la rente est versée jusqu'au décès quelle qu'en soit la date), soit à annuités certaines (la prestation est alors versée pendant une durée prédéterminée). Il est possible de demander que la rente soit réversible au profit d'un proche. A la souscription, on peut par ailleurs opter pour une rente dépendance.

• Quelles sont les possibilités de rachat ou d'avance en cours de contrat ?

En cas de besoin d'argent avant le terme du contrat d'assurance vie, il est possible de demander un rachat total ou partiel ou une avance, dans la mesure où le contrat comporte une valeur de rachat. En effet, certaines assurances sont dépourvues de valeur de rachat.

Le rachat total

Il s'agit d'une opération permettant au souscripteur de se faire rembourser l'intégralité de la valeur de rachat du contrat avant son échéance.

Le rachat partiel

Le rachat partiel permet au souscripteur de se faire rembourser une partie de la valeur de rachat du contrat avant son échéance. L'autre partie reste investie dans le contrat d'assurance vie.

L'avance

L'avance est une opération par laquelle l'assureur accepte de faire une avance d'argent sans modifier le fonctionnement du contrat d'assurance. L'assureur ne la déduit pas de l'épargne de l'assuré.

La rentabilité de celle-ci reste donc intacte. Elle continue à générer des intérêts normalement.

- **La transformation des contrats d'assurance vie**

Il est possible de transférer son épargne vers un autre contrat de son choix, avec maintien de l'antériorité fiscale, à condition que le nouveau contrat soit proposé par la même entreprise d'assurances. L'assurance vie permet de répondre tout au long de la vie à des besoins variés, essentiels et évolutifs, en fonction de ses objectifs et de sa situation : se sécuriser face aux risques de la vie, financer ses projets, préparer sa retraite ou encore constituer puis transmettre son patrimoine.

- **Épargner à court et à long terme**

Épargner consiste à mettre de côté l'argent que l'on ne dépense pas pour financer des besoins et des projets futurs.

L'épargne de long terme n'a pas vocation à être accessible immédiatement contrairement à l'épargne de court terme. Elle la complète et permet, en étant investie sur un horizon plus long, de constituer un capital avec une perspective de performance plus importante. Mettre de l'argent de côté pendant plusieurs années sert à préparer l'avenir.

Pour bien placer son argent sur une longue durée, il faut évaluer soigneusement les besoins de votre client en lui faisant répondre aux questions suivantes :

- **Quelle est ma capacité d'épargne longue ?**
- **À quoi est destiné cet argent ?**
- **Ai-je besoin que cette épargne reste disponible ?**
- **Suis-je prêt à prendre un peu de risque ?**

- **Quels sont les atouts de l'assurance vie ?**

– L'assurance vie est un produit d'épargne de long terme ouvert à tous, pour tous les budgets.

- L'assurance vie est un produit très souple : vous décidez librement de la fréquence et du montant de vos versements et du moment auquel vous souhaitez effectuer des retraits.
- L'assurance vie a la particularité de pouvoir être transmise à qui vous souhaitez.

- **Les bons réflexes pour bien conseiller son client sur la composition de son assurance vie**

- Guider son client dans le choix des supports financiers (fonds en euros, fonds « Eurocroissance » ou unités de compte).
- Conseiller une diversification d'épargne pour aligner judicieusement sécurité et rendement, en fonction de sa tolérance au risque et de son horizon de placement.
- Respecter la durée de placement recommandée pour augmenter les chances de plus-values.
- Bien renseigner sur les différents types de frais : ils peuvent varier d'un contrat et d'un support à un autre.
- Vérifier le risque propre à chaque support.

Faire un point régulièrement avec son client pour vérifier que les supports restent adaptés à sa situation et aux éventuelles évolutions de ses projets.

- **L'assurance vie, comment ça marche ?**

10 questions clés pour comprendre le fonctionnement de l'assurance vie

- ***l'ouverture d'un contrat d'assurance vie.*** Avant toute souscription, il est important par exemple d'expliquer le montant minimum nécessaire pour le premier versement, ainsi que le niveau de frais prélevés et de regarder également si une proportion minimum d'unités de compte est exigée ;
- ***la désignation des bénéficiaires de son épargne en cas de décès.*** L'assurance vie a la particularité de pouvoir être transmise à

qui l'on souhaite. Il faut donc être précis dans la clause bénéficiaire ;

- **la gestion de l'épargne.** Elle peut être libre ou déléguée ;
- **les garanties spécifiques à une assurance vie.** Plusieurs garanties permettent de sécuriser le capital placé sur une assurance vie, au moment du retrait ou en cas de décès ;
- **les différents types de frais de l'assurance vie** (frais sur versements, frais de gestion, frais d'arbitrage) ;
- **l'information sur l'évolution de la valeur de l'épargne.**

L'assureur ou le banquier informe l'assuré au moins une fois par an, dans un relevé, de la valeur de l'épargne constituée, du rendement du fonds euro et de la performance des supports en unités de compte ;

- **la fiscalité de l'assurance vie.** Elle s'applique dans deux situations : lorsque que vous souhaitez retirer de l'argent de son contrat (c'est-à-dire procéder à un rachat) et lors du décès de l'assuré ;
- **les conditions pour disposer de son épargne.** Contrairement à certaines idées reçues, l'argent placé sur une assurance vie n'est jamais bloqué ;
- **l'utilisation de son assurance vie pour sa retraite.** Le détenteur d'une assurance vie est libre de choisir quand et comment utiliser son épargne ;
- **la possibilité de donner du sens à son épargne.** Il est possible d'allouer une partie de son épargne sur des supports en unités de compte qui satisfont des critères d'investissement socialement responsables, de financement de la transition énergétique et écologique ou encore solidaires.

• Qu'est-ce qu'un contrat d'assurance vie non réglé ?

Certains contrats d'assurance vie peuvent ne pas être réglés alors que l'assuré est décédé, soit parce que l'assureur n'a pas été informé du décès, soit parce qu'il rencontre des difficultés à identifier le bénéficiaire. Pour éviter cette situation, les assureurs ont mis en place depuis plusieurs années des mesures de prévention

qui font l'objet d'un engagement déontologique. En outre, plusieurs mesures ont été prises dans ce sens par les pouvoirs publics.

- **La prévention de l'apparition de contrats d'assurance vie non réglés**

Les entreprises d'assurances se sont engagées à :

- renseigner au moment de la souscription, le plus complètement possible, les informations relatives à l'identité et aux coordonnées du souscripteur (ou de l'adhérent lorsqu'il s'agit d'un contrat d'assurance collective), et actualiser ces données durant la vie du contrat d'assurance ;
- attirer l'attention du souscripteur ou de l'adhérent sur la nécessité de rédiger la clause bénéficiaire en adéquation avec ses volontés et sur l'utilité de l'actualiser ;
- inciter le souscripteur ou l'adhérent qui rédige lui-même la clause bénéficiaire du contrat d'assurance, à renseigner le plus précisément possible l'identité (nom, prénom, date et lieu de naissance) du ou des bénéficiaires, y compris les personnes morales (associations caritatives...) ;
- attirer l'attention du souscripteur ou de l'adhérent sur l'utilité d'informer les bénéficiaires (y compris s'il s'agit de personnes morales) ou des personnes de confiance de l'existence du contrat et des coordonnées de l'assureur ;
- mettre en place des procédures de traitement des retours de courriers adressés aux souscripteurs ou aux adhérents qui reviennent avec la mention « n'habite plus à l'adresse indiquée » ou « pli non distribué ».

- **L'organisation de la recherche des assurés décédés et des bénéficiaires**

Le recours à des prestataires externes

Les entreprises d'assurances se sont engagées à rechercher par tous moyens les bénéficiaires des contrats d'assurance vie non

réclamés dès qu'elles ont connaissance du décès de l'assuré. Lorsqu'elles font appel à des enquêteurs privés ou à des généalogistes, les entreprises d'assurances se sont engagées :

- à demander aux enquêteurs privés les justificatifs de leurs conditions d'exercice (agrément, autorisation d'exercice, carte professionnelle, attestation d'assurance responsabilité civile professionnelle) ;
- à prévoir des règles déontologiques dans les contrats passés avec les généalogistes et les enquêteurs privés (confidentialité, protection des données, rappel du principe de non facturation aux bénéficiaires...).

• L'AGIRA

L'AGIRA est la structure chargée d'organiser et de faciliter la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurances vie non réglés en cas de décès d'un assuré.

Les personnes physiques ou morales pensant être bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie souscrit par une personne décédée peuvent s'adresser à l'AGIRA.

L'AGIRA permet également aux assureurs de rechercher si les assurés et les bénéficiaires de contrats d'assurance vie sont décédés, en consultant le répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) de l'INSEE. A la suite de cette recherche, les entreprises d'assurances avertissent les bénéficiaires dès lors que le décès d'un assuré est attesté et que les bénéficiaires et leurs coordonnées sont identifiés.

• Comment saisir l'AGIRA ?

Si votre client pense être le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie, il peut écrire à l'AGIRA. La saisine de l'AGIRA est gratuite et s'effectue par courrier simple.

La demande doit être adressée à l'adresse suivante :

AGIRA
Recherche des bénéficiaires en cas de décès
1, rue Jules Lefebvre
75431 Paris Cedex 09
www.agira.asso.fr

La recherche d'assurances vie transférées à la Caisse des Dépôts

Si au bout de 10 ans un contrat d'assurance vie reste non réglé, l'assureur transfère les fonds à la Caisse des Dépôts.

Le site www.ciclade.fr, ouvert par la Caisse des Dépôts, permet de rechercher gratuitement les sommes issues d'assurances vie, non réclamées, transférées à la Caisse des Dépôts.

Ciclade est un service d'intérêt général créé en application de la loi du 13 juin 2014 (« Loi Eckert »). Il permet de rechercher gratuitement les sommes issues d'assurances-vie et de comptes inactifs transférées à la Caisse des Dépôts

(<https://ciclade.caissedesdepots.fr/quest-ce-que-ciclade>).

Sans réclamation après une période totale de 30 ans, les fonds d'un contrat d'assurance vie non réglé sont définitivement reversés par l'Etat.

La souscription du contrat

- **Quelles sont les étapes de la souscription ?**

1. La proposition d'assurance et l'assurance vie
2. L'information précontractuelle en assurance vie
3. La faculté de renonciation et l'assurance vie
4. La valeur de rachat du contrat d'assurance vie
5. L'information en cours de contrat et l'assurance vie
6. Le contrat d'assurance vie
7. Le paiement des cotisations en assurance vie
8. Le paiement de la prestation en assurance

- **La proposition d'assurance et l'assurance vie**

Pour établir le contrat, l'assureur demande au souscripteur de remplir une proposition d'assurance. Lorsqu'il s'agit d'un contrat comportant des garanties en cas de décès ou d'invalidité, l'assureur peut demander également à l'assuré de compléter un questionnaire portant sur son état de santé, afin d'évaluer le risque qu'il va assurer.

Ces documents doivent être remplis avec attention, car la loi prévoit que le contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.

- **L'information précontractuelle en assurance vie**

Avant la conclusion du contrat, l'assureur remet au souscripteur, contre récépissé, une note d'information sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation et sur les dispositions essentielles du contrat.

Pour les contrats d'assurance vie comportant une valeur de rachat ou de transfert, la proposition d'assurance ou le projet de contrat vaut note d'information, à condition qu'un encadré inséré au début du document indique en caractères très apparents un certain

nombre de mentions, dont la nature du contrat d'assurance vie.

La forme et le contenu de l'encadré placé en tête de la proposition d'assurance, du projet de contrat ou de la notice sont précisément décrits par l'article A. 132-8 du Code des assurances. Cet article donne une liste exhaustive des informations qui doivent y figurer et notamment :

- la nature du contrat (contrat d'assurance vie individuel ou de groupe, ou contrat de capitalisation) ;
- les garanties offertes ;
- l'existence ou non d'une participation aux bénéficiaires ;
- l'existence d'une faculté de rachat (possibilité de retirer des fonds) ou de transfert qui permet aussi bien de modifier la nature du contrat, en passant d'un mono-support à un multi-supports, que de changer d'assureur sans perdre l'antériorité fiscale du contrat ni les avantages qui en découlent) ;
- le regroupement des frais et indemnités dans une même rubrique ;
- la durée du contrat recommandée ;
- les modalités de désignation du bénéficiaire.

• **Le rachat et la réduction du contrat d'assurance vie**

Certains contrats d'assurances vie prévoient une possibilité de rachat, de mise en réduction ou de transfert.

Le rachat (ou le retrait de fonds)

Lorsque le contrat peut être racheté, l'assureur verse, sur demande du souscripteur, tout ou partie de la valeur de rachat qui correspond à la partie disponible de la provision mathématique, déduction faite de certains frais. Un rachat total met fin au contrat d'assurance vie.

La réduction

Si les engagements de paiement des cotisations ne sont pas respectés, le contrat peut être réduit : il se poursuit jusqu'à son terme avec des garanties réduites.

La transformation du contrat d'assurance vie

Il est possible de transférer son épargne vers un autre contrat de son choix, avec maintien de l'antériorité fiscale, à condition que le nouveau contrat soit proposé par la même entreprise d'assurances.

- **La faculté de renonciation et l'assurance vie**

Une fois la proposition ou le contrat d'assurance vie signé, le souscripteur peut y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter du moment où il a été informé que le contrat est conclu.

Afin de faciliter l'exercice de la faculté de renonciation, la proposition d'assurance ou de contrat d'assurance vie est accompagnée d'un modèle de lettre de renonciation.

Le défaut de remise des documents et informations entraîne la prorogation du délai de renonciation jusqu'au trentième jour suivant leur remise dans la limite de huit ans à compter de la date où le souscripteur est informé de la conclusion du contrat.

- **La valeur de rachat du contrat d'assurance vie**

Pour les contrats d'assurance vie qui prévoient une valeur de rachat ou de transfert, la proposition ou le projet de contrat d'assurance doit indiquer les valeurs de rachat ou de transfert au terme de chacune des huit premières années au moins, ainsi que, dans le même tableau, la somme des primes ou cotisations versées au terme de chacune de ces mêmes années.

En ce qui concerne les contrats d'assurance vie en unités de compte, la valeur de rachat est donnée en nombre d'unités de compte. L'engagement de l'assureur porte alors uniquement sur leur nombre et non pas sur leur valeur, celle-ci dépendant de l'évolution des marchés financiers.

- **L'information en cours de contrat et l'assurance vie**

L'assureur doit systématiquement communiquer chaque année la valeur de rachat ou de transfert du contrat, le cas échéant, la valeur de réduction, le montant des capitaux garantis et la cotisation du contrat.

S'il s'agit d'un contrat en euros, l'assureur doit également indiquer le taux de rendement garanti, le montant de la participation aux bénéfices techniques et financiers, ainsi que le taux moyen de rendement des actifs détenus en représentation des engagements au titre des contrats de même catégorie.

Pour les contrats qui comportent des garanties exprimées en unités de compte, l'information annuelle porte notamment sur la valeur des unités et leur évolution annuelle à compter de la souscription, mais aussi sur les modifications significatives affectant chaque unité de compte sélectionnée.

- **Le contrat d'assurance vie**

Le contrat d'assurance décrit les conditions de l'assurance.

Il comporte :

- **des dispositions générales**, imprimées et communes à tous les assurés pour un type de contrat ; elles décrivent les garanties et indiquent les conditions de validité du contrat ;
- **des dispositions particulières (ou personnelles)**, qui adaptent le contrat à la situation et au choix de chaque assuré (durée de l'engagement, nom et adresse de l'assuré, garanties choisies, identité du ou des bénéficiaires désignés...).

Les dispositions particulières prévalent toujours sur les dispositions générales. Par exemple, elles peuvent modifier un ou plusieurs articles des dispositions générales, à la demande de l'assuré ou de l'assureur.

- **Le paiement des cotisations en assurance vie**

En assurance vie, l'assureur ne peut pas exiger le paiement des cotisations. En revanche, pour les contrats à cotisations périodiques, il doit adresser une lettre recommandée, au plus tôt dans les dix jours après la date d'échéance, pour indiquer que le défaut de paiement dans les quarante jours après la date d'échéance entraîne soit la résiliation soit la réduction du contrat d'assurance vie.

Certaines assurances sont dépourvues de réduction ou de valeur de rachat.

- **Le paiement de la prestation en assurance vie**

Après le décès de l'assuré ou au terme prévu par le contrat, les assureurs ont un délai maximum d'un mois, après réception des pièces requises, pour verser le capital ou la rente garantis au(x) bénéficiaire(s) du contrat d'assurance sur la vie.

Le capital non versé produit de plein droit un intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Pour obtenir le règlement des sommes dues, en cas de vie au terme du contrat, en cas de décès ou en cas d'incapacité ou d'invalidité en cours de contrat au titre des garanties complémentaires, l'assuré ou le bénéficiaire devra accomplir les formalités demandées par l'assureur (produire l'original du contrat, faire suivre les pièces médicales au médecin désigné...).

D'une façon générale, il est important de conserver toutes les pièces justificatives et de suivre les démarches décrites dans le contrat d'assurance afin de ne pas perdre le bénéfice des garanties prévues.

Le paiement de la cotisation

- **Quelles sont les composantes du tarif ?**

La tarification des contrats d'assurance sur la vie est soumise à des dispositions impératives s'agissant du calcul de la cotisation pure, l'assureur ayant davantage de latitude dans la détermination de la cotisation totale. En effet, la tarification d'un tel contrat suppose deux types d'opérations :

- **la tarification de la cotisation pure, ou cotisation technique**, c'est-à-dire le calcul du coût du risque, déterminé dans les conditions prévues par la réglementation, tant en ce qui concerne les tables de mortalité que le taux d'intérêt maximal à retenir ;
- **la tarification de la cotisation totale** dont le montant est obtenu en ajoutant à la cotisation pure, les chargements ou frais nécessaires à l'assureur pour faire face à ses dépenses de commercialisation et de gestion et s'acquitter des éventuelles taxes fiscales.

- **Prime de risque et taux d'intérêt**

La tarification du contrat suppose de calculer, au moyen des tables de mortalité, la prime de risque nécessaire pour couvrir, selon la nature du contrat souscrit, soit le risque de décès de l'assuré, soit le risque de survie de celui-ci, soit ces deux risques cumulativement. Parallèlement, l'assureur fait application du taux d'intérêt minimum permettant le versement, à l'échéance prévue, des prestations garanties.

- **Tables applicables**

En vertu des tables de mortalité, on peut déterminer la probabilité qu'un individu d'âge X soit encore vivant à un moment Y , en utilisant les observations statistiques d'une population donnée à un moment déterminé.

Aux termes de l'article A. 132-18 du Code des assurances, deux types de tables sont susceptibles d'être utilisées :

— d'une part, **les tables dites réglementaires** « établies par sexe sur la base de populations d'assurés pour les contrats de rente viagère, et sur la base de données publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques pour les autres contrats » ;
— d'autre part, **les tables dites d'expérience** « établies ou non par sexe par l'entreprise d'assurance et certifiées par un actuair indépendant de cette entreprise, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaire reconnues par l'autorité mentionnée à l'article L. 310-12 » (c'est-à-dire reconnues par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution).

- **Tables réglementaires**

On distingue deux types de tables, à savoir, d'une part, les tables visant à tarifer les assurances de capitaux en cas de vie ou en cas de décès et, d'autre part, les tables visant à tarifer les rentes viagères.

- **Assurances de capitaux**

Deux tables de mortalité, issues des observations réalisées par l'INSEE au cours des années 2000 à 2002, figurent en annexe de l'article A. 132-18 du Code des assurances. Ces tables, dénommées table TF 00-02 et table TH 00-02 servent à tarifer aussi bien les garanties en cas de vie de capital différé que les garanties en cas de décès. Elles sont applicables aux contrats souscrits depuis le 1^{er} janvier 2006 (les contrats antérieurs, souscrits du 1^{er} juillet 1993 au 31 décembre 2005, ainsi que les provisions correspondant à ces contrats demeurent régis par les tables TD 88-90 – en cas de décès – et TV 88-90 – en cas de vie).

La table TF 00-02 est basée sur l'observation de la population générale féminine. La table TH 00-02 est basée sur l'observation de la population générale masculine.

L'assureur doit utiliser, depuis le 21 décembre 2012 (sur le régime antérieur, voir no 3803) une table unique pour tous les assurés, qu'ils soient hommes ou femmes, sous réserve toutefois que soit retenue la plus prudente des tables réglementaires, c'est-à-dire la table masculine pour tarifier les contrats en cas de décès et la table féminine pour tarifier les contrats en cas de vie.

Par ailleurs, s'agissant des contrats en cas de vie de capital différé, l'article A. 132-18 du Code des assurances prévoit un mécanisme de correction de l'âge de l'assuré (applicable aux contrats souscrits à compter du 1er juillet 2006) visant à compenser l'écart de mortalité qui existe entre la population générale (base des observations de l'INSEE et donc des tables TF 00-02 et TH 00-02) et la population d'assurés. Ce mécanisme de correction se traduit par l'utilisation de tableaux de décalages d'âge publiés en annexe à l'article A. 132-18 du Code des assurances, ces décalages devant s'appliquer aux taux de mortalité issus des tables TF 00-02 et TH 00-02. À cet égard, l'article 1er de l'arrêté du 1er août 2006 (NOR : ECOT0691259A, JO 26 août), repris sous l'article A. 132-19 du Code des assurances est venu préciser que les décalages d'âge doivent être « appliqués de telle sorte que chaque taux de mortalité annuel à un âge donné soit égal au taux de mortalité annuel à l'âge ayant subi le décalage dans la table appropriée ».

- **Rentes viagères**

Il est prévu, pour les contrats de rentes viagères, l'établissement, par sexe, de tables réglementaires, lesquelles ont été publiées par arrêté du 1er août 2006 (NOR : ECOT0691259A, JO 26 août). Baptisées TGF 05 (tables par génération femmes) et TGH 05 (tables par génération hommes), ces tables servent à la tarification et au provisionnement des contrats de rente viagère immédiate ou différée, y compris les rentes d'éducation et les rentes de conjoint survivant, souscrits depuis le 1er janvier 2007. Elles figurent en annexe à l'article A. 132-18 du Code des assurances. Elles ont été établies de manière à tenir compte de l'évolution future de la

mortalité, d'où leur appellation de tables « prospectives de génération ».

Les tables réglementaires de génération ont été obtenues par le prolongement de l'évaluation de la mortalité féminine, d'une part, et masculine, d'autre part, en prenant pour base des populations d'assurés. In fine, elles retracent la mortalité des générations de 1900 à 2005.

Pour chacune de ces générations, elles indiquent, pour chacun des sexes et année par année, le nombre de survivants, jusqu'à disparition complète de toute la population composant une génération.

• Tables d'expérience

Les tarifs peuvent être calculés d'après des « tables établies ou non par sexe par l'entreprise d'assurance et certifiées par un actuaire indépendant de cette entreprise, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaires reconnues par l'autorité mentionnée à l'article L. 310-12 » (c'est-à-dire reconnues par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution).

Chaque assureur peut donc, en fonction de ses propres résultats « ou des données d'expérience démographiquement équivalentes », établir une ou plusieurs tables et s'y référer pour le calcul de ses tarifs, sous réserve que celles-ci aient préalablement été certifiées par un actuaire indépendant et agréé.

Il a non seulement la possibilité de bâtir une table pour les assurances en cas de vie et une table pour les assurances en cas de décès mais également la faculté de distinguer, notamment pour les assurances décès, en fonction du niveau de risque. Ainsi, par exemple, les statistiques démontrent que les fonctionnaires vivent en principe plus longtemps que les ouvriers. Les assureurs peuvent dès lors proposer des tarifs différents pour chacune de ces catégories. De même, s'ils disposent des éléments nécessaires, ont-ils la faculté de prévoir des barèmes distincts pour les fumeurs et les non-fumeurs, les sportifs et les non-sportifs...

Toutefois, si les contrats visent à garantir le versement de rentes viagères, les tarifs ne peuvent en aucun cas être inférieurs à ceux qui résulteraient de l'application des tables réglementaires de rentes viagères.

- **Application du taux d'intérêt minimum garanti**

Ces taux d'intérêt, dits taux techniques, que les assureurs sont réglementairement autorisés à garantir, sont assez peu élevés. En effet, pour des raisons prudentielles, et afin notamment de protéger les assureurs, qui gèrent des masses d'argent très importantes, contre la tentation de se lancer dans des surenchères dangereuses, la réglementation limite donc ces taux. En cas d'infraction à cette réglementation, des sanctions disciplinaires sont applicables.

- **Taux technique**

Le code des assurances distingue deux régimes de détermination des taux techniques, correspondant aux deux catégories de contrats suivantes :

- les contrats libellés en euros et les contrats à capital variable (dits contrats en unités de compte) ;
- les contrats libellés en devises étrangères.

Les règles ainsi définies « sont à appliquer en fonction des taux en vigueur au moment de la souscription (...). Dans le cas de versements non programmés aux termes du contrat, ces règles sont à apprécier au moment de chaque versement » (v. pour un exemple d'application, Cass. 2e civ., 3 févr. 2011, no 10-13.581, RGDA 2011, p. 536, note Bigot J., selon lequel, l'article A. 132-1 s'applique aux versements non programmés effectués au titre de contrats en cours lors de son entrée en vigueur).

- **Contrat libellé en euros et contrat à capital variable (dit contrat en unités de compte)**

« Les tarifs pratiqués (...) doivent être établis d'après un taux au plus égal à 75 % du taux moyen des emprunts de l'État français (TME) calculé sur une base semestrielle ». Conformément aux dispositions de la troisième directive vie (Dir. no 92/96/CEE, 10 nov. 1992, JOCE 9 déc., no L 360, abrogée par Dir. no 2002/83/CEE, 5 nov. 2002, JO 19 déc.), l'article A. 132-1 précité prévoit cependant que ce taux de 75 % du TME est plafonné dans deux cas :

- au-delà d'une durée de huit ans, le taux doit être limité au plus bas des deux taux suivants : 3,5 % ou 60 % du TME ;
- pour les contrats à primes périodiques ou les contrats à capital variable, quelle que soit leur durée, le taux est limité au plus bas des deux taux suivants : 3,5 % ou 60 % du TME.

L'article A. 132-1-1 du Code des assurances précise que le TME sur base trimestrielle est déterminé en effectuant la moyenne arithmétique sur les six derniers mois, des taux observés sur les marchés primaire et secondaire. Le résultat de la multiplication par 60 % ou 75 % de cette moyenne est dénommé « taux de référence mensuel » (TRM).

Afin de tenir compte des délais nécessaires à la mise en œuvre d'un nouveau taux technique, les entreprises disposent à chaque modification de taux, d'un délai maximal de trois mois pour sa mise en application. Ainsi, un taux calculé pour le mois de février doit donc être appliqué aux contrats proposés sur le marché dans les trois mois qui suivent, c'est-à-dire au plus tard le 1^{er} mai.

Pour éviter une modification trop fréquente du taux maximal, l'article A. 132-1-1 du Code des assurances prévoit que le taux d'intérêt technique varie par pas de 0,25 point en 0,25 point et que ce changement ne doit s'appliquer que si le TRM diminue de 0,1 ou augmente de 0,35 point par rapport au dernier taux maximal en vigueur. En outre, pour tenir compte d'un contexte de taux négatifs, les pouvoirs publics ont prévu, suivant l'article 4 de l'arrêté du 26 décembre 2019, JO 29 déc., modifiant l'article A. 132-1-1, que le taux technique ne pouvait pas descendre en-dessous de 0. Un tel

dispositif ne suffit toutefois pas toujours à garantir 100 % des sommes investies par le souscripteur, certains contrats prévoyant que le taux de 0 % est applicable au capital constitué « brut de frais de gestion ».

- **Contrat libellé en devises étrangères**

Si le contrat est libellé en devises étrangères, le Code des assurances prévoit que le taux d'intérêt technique ne peut être supérieur à 75 % du « taux moyen des emprunts d'État à long terme du pays de la devise concernée calculé sur une base semestrielle ». Si ce TME n'existe pas, il y a lieu de retenir un taux maximal de 75 % « de la référence de taux à long terme pertinente pour la devise concernée et équivalente à la référence retenue pour l'euro ». Toutefois, au-delà de huit ans, le taux du tarif applicable à un contrat libellé dans une devise étrangère est au plus égal au taux d'intérêt maximal du pays de cette devise, sans pouvoir excéder 60 % du TME de ce pays ou 60 % de la référence retenue en l'absence de TME. Ces dernières dispositions s'appliquent également aux contrats à primes périodiques.

- **Taux de rendement garanti**

Les assureurs sont autorisés à garantir un taux minimum intégrant à la fois des intérêts techniques et des participations bénéficiaires. Il s'agit donc d'un taux de rendement global que l'assureur doit servir quoiqu'il advienne. Bien que ce dispositif soit strictement encadré, il a néanmoins donné lieu à de graves dérives. En effet, aux seules fins de recueillir de nouvelles souscriptions, nombre d'assureurs se sont lancés dans des campagnes promotionnelles au titre desquelles étaient garantis des taux imbattables mais de courte durée. Cette pratique était condamnable tant au niveau des nouveaux souscripteurs qui, en raison du régime fiscal applicable au contrat, se trouvaient liés à l'assureur sur une période minimale de huit ans et ce, alors que le taux promotionnel ne leur avait profité que sur une durée très brève, qu'au niveau des anciens clients dont

la participation aux bénéficiaires se trouvait d'autant amputée. Conscients de ces difficultés les pouvoirs publics ont donc entrepris une réforme et soumis à consultation publique un projet d'arrêté, lequel a été adopté le 7 juillet 2010 (JO 30 juill.), pour une entrée en vigueur fixée au 1er août 2010.

- **Cotisation pure et cotisation totale : distinction**

La cotisation pure ou cotisation technique, soit le coût abstrait du risque supporté par l'assureur, est déterminée par l'utilisation des tables de mortalité et par l'application d'un taux d'intérêt.

La cotisation que versera le souscripteur, c'est-à-dire la cotisation totale, est bien évidemment d'un montant supérieur. En effet, il y a lieu d'ajouter à cette cotisation pure les chargements de commercialisation et de gestion, ainsi que les éventuels chargements fiscaux.

- **Nature et montant des chargements**

Les chargements correspondent aux sommes que l'assureur doit facturer à chaque souscripteur pour couvrir un certain nombre de frais inhérents à la commercialisation et à la gestion de son contrat. Ces sommes ajoutées à la cotisation pure, permettent de déterminer la cotisation commerciale, encore désignée sous les termes de cotisation nette.

- **Quelle est la nature des chargements ?**

On en distingue deux grandes catégories :

— **les chargements commerciaux** : encore appelés chargements d'acquisition, ils ont pour objet de rémunérer les intermédiaires qui sont intervenus dans la présentation de l'opération d'assurance : réseaux salariés, agents d'assurance, courtiers, guichets bancaires. En général, ils sont déterminés en pourcentage de chaque prime et/ou en pourcentage de l'épargne gérée ;

— **les chargements de gestion** : ils doivent permettre à l'assureur de couvrir ses frais généraux, c'est-à-dire tous les frais inhérents à l'organisation même de son entreprise, loyers, salaires du personnel, charges fiscales et sociales, équipement... La couverture de ces frais doit être assurée jusqu'au dénouement complet du contrat, c'est-à-dire jusqu'au terme de la période de versement des prestations, lequel n'est pas nécessairement concomitant du terme du contrat, particulièrement en cas de paiement d'une rente.

- **Quel est le montant des chargements ?**

S'agissant des contrats qui comportent une valeur de rachat ou de transfert, les chargements d'acquisition sont désormais plafonnés. Ils demeurent libres pour les autres contrats, tout comme les chargements de gestion qui ne connaissent, y compris pour les contrats comportant une valeur de rachat ou de transfert, aucune limitation si ce n'est celle imposée par la concurrence entre assureurs.

- **Exonération fiscale des contrats d'assurance sur la vie**

Bien que le régime fiscal des contrats individuels d'assurance sur la vie fasse, plus loin, l'objet de plus amples développements, il apparaît nécessaire de préciser d'ores et déjà, dans le cadre du présent chapitre, le régime auquel sont assujetties les cotisations d'assurance.

- **Paiement de la cotisation : régime spécifique**

Le paiement des cotisations prévu au contrat constitue la juste contrepartie des garanties accordées par l'assureur. En matière d'assurance sur la vie, toutefois, et contrairement aux autres branches d'assurance, ce paiement présente la particularité d'être facultatif.

- **Particularité des cotisations d'assurance vie**

Le paiement des cotisations d'assurance sur la vie ayant un caractère facultatif, l'assureur ne dispose d'aucune action pour en exiger le règlement. Une procédure particulière est en outre prévue en l'absence de paiement.

- **Contrats mixtes**

Lorsque le contrat est mixte, c'est-à-dire qu'il comporte, outre la garantie principale liée à la durée de la vie humaine, des garanties accessoires contre les risques de décès accidentel, d'invalidité ou d'incapacité de travail, la question se pose de savoir si le paiement des primes peut toujours être considéré comme facultatif ou si, en raison de l'existence de ces garanties non-vie et conformément au régime qui leur est applicable, le règlement devient obligatoire. La jurisprudence n'avait, jusqu'à récemment, jamais eu à trancher cette question en matière d'assurance individuelle.

- **Réduction ou résiliation du contrat en cas de non-paiement de cotisation**

Le fait que le paiement des cotisations en assurance vie soit facultatif vise simplement à s'opposer à ce que l'assureur puisse contraindre le souscripteur à s'acquitter des cotisations. Ceci ne signifie évidemment pas que l'assureur doive être tenu des garanties sans contrepartie. En cas de non-paiement, une procédure est donc prévue au terme de laquelle, en cas de non-régularisation, le contrat peut être réduit ou résilié.

- **Formalités en cas de non-paiement**

Dès l'expiration d'un délai de dix jours à compter de l'échéance, l'assureur est en droit, si la cotisation n'est pas payée, d'adresser au souscripteur défaillant une lettre recommandée pour l'informer des sanctions applicables en cas de non-régularisation dans un

délai de quarante jours à compter de l'envoi de ladite lettre. Il s'agit d'une formalité substantielle indispensable à la mise en application des sanctions prévues en cas de non-paiement de la prime. La lettre recommandée doit être adressée au dernier domicile connu du souscripteur.

Si un sinistre survient pendant le délai de quarante jours, l'assureur doit sa garantie, l'assurance continuant à courir pendant cette période. Toutefois, l'assureur étant alors créancier de la prime impayée, il pourra en retenir le montant, par compensation, sur la prestation due au bénéficiaire.

En cas de règlement par le souscripteur avant le terme du délai, le contrat poursuit normalement ses effets après cette échéance, la situation contractuelle n'étant pas modifiée. En revanche, en cas de non-paiement, des sanctions sont bien évidemment applicables qui aboutissent, soit à la réduction, soit à la résiliation du contrat.

- **Sanctions**

À l'expiration du délai de quarante jours, si le souscripteur ne s'est pas acquitté de la cotisation, intervient soit la réduction du contrat, soit sa résiliation pure et simple.

Aujourd'hui le législateur retient désormais deux types de sanctions au défaut de paiement des cotisations :

- la réduction du capital ou des rentes assurées si le montant de la valeur de rachat du contrat le permet. Dans ce cas, le contrat continue ses effets entre le souscripteur et l'assureur, mais les engagements de ce dernier sont réduits en fonction du montant de la provision mathématique effectivement constituée. En pratique la réduction concerne les contrats d'assurance vie-entière en cas de décès et les contrats d'assurance en cas de vie qui prévoient le versement de capitaux ou de rentes à une époque déterminée ;
 - la résiliation du contrat en cas d'absence de la valeur de rachat.
- En pratique, sont purement et simplement résiliables en cas de défaut de paiement d'une cotisation, les contrats d'assurance temporaire en cas de décès.

Le règlement des prestations

- **Dénouement du contrat**

Le dénouement du contrat intervient lorsque les conditions de l'engagement de l'assureur se trouvent remplies, c'est-à-dire en principe dès que le risque garanti est réalisé. Il appartient alors au bénéficiaire de réclamer le versement des prestations à l'assureur en établissant la réunion des conditions nécessaires à l'exécution du contrat. Dès qu'il dispose de ces éléments, l'assureur – à moins qu'il ne conteste sa garantie en invoquant par exemple une clause d'exclusion, ou encore la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle doit exécuter son engagement. Pour le cas où, le terme du contrat étant survenu, les prestations ne sont pas réglées, les pouvoirs publics ont mis en place un dispositif élaboré de manière à lutter contre les contrats en déshérence.

- **Dispositifs de lutte contre les contrats en déshérence**

Afin d'éviter que, faute de réclamation de la part du bénéficiaire ignorant le décès de l'assuré ou encore la stipulation faite à son profit, nombre de contrats tombent en déshérence, le législateur a successivement instauré plusieurs dispositifs de nature à garantir le règlement effectif des prestations.

Les dispositions sont les suivantes :

- l'obligation d'information annuelle est étendue à tous les contrats, quel qu'en soit le montant et un relevé d'information spécifique est instauré pour les contrats qui comportent un terme ;
- la durée, le champ d'application et le taux de la revalorisation du capital décès sont modifiés ;
- les frais pouvant être prélevés après décès sont strictement réglementés, aucun frais ne pouvant être prévu au titre de l'accomplissement par l'assureur de ses obligations de recherche et d'information ;
- les obligations en matière de recherche des souscripteurs, des

assurés et des bénéficiaires sont renforcées ;

- les délais et modalités de règlement des prestations sont allégés pour le bénéficiaire et les sanctions alourdies pour l'assureur ayant manqué à ses obligations ;
- les fonds non réclamés sont transférés à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) si aucune demande n'a été enregistrée depuis au moins dix ans. La CDC garantit le capital versé, puis transfère, vingt ans après leur dépôt, les fonds à l'État en l'absence de bénéficiaire retrouvé.

Enfin la loi met à la charge des assureurs, d'une part, et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), d'autre part, l'obligation d'établir des rapports afin de mesurer l'efficacité des dispositifs mis en place.

Ainsi, les assureurs sont soumis aux deux obligations suivantes :

— publication annuelle :

* du nombre et de l'encours des contrats non-réglés,

* des démarches effectuées dans le cadre des dispositifs AGIRA 1 et 2 au cours de l'année : nombre de recherches, nombre et encours des contrats correspondants, des sommes dont le versement au bénéficiaire résulte de ces démarches ;

— établissement, d'un rapport annuel adressé, à leur demande, à l'ACPR et au ministre chargé de l'Économie, précisant le nombre et l'encours des contrats d'assurance sur la vie et des bons ou contrats de capitalisation dont les capitaux ou les rentes dus n'ont pas été versés au bénéficiaire. L'ACPR a commenté ce dispositif par une instruction no 2016-I-26 en date du 13 décembre 2016 sur la remise du rapport annuel obligatoire relatif aux contrats d'assurance vie en déshérence.

- **Principe : déclaration par le bénéficiaire**

Schématiquement, la réalisation du risque assuré résulte soit du décès de l'assuré dans l'assurance en cas de décès, soit de la survenance de l'échéance prévue au contrat dans l'assurance en cas de vie. Quelle que soit l'hypothèse, une déclaration doit être souscrite par le bénéficiaire. Cette déclaration n'est soumise à

aucune forme particulière. Ainsi, le bénéficiaire peut-il en principe utiliser téléphone, mail, déclaration verbale ou lettre missive. Néanmoins, il est toujours utile qu'il se réserve la preuve de l'accomplissement de cette formalité. En pratique, la déclaration proprement dite devant être accompagnée d'un certain nombre de documents, elle fait généralement l'objet d'un écrit.

- **Recherche par l'assureur des éventuels souscripteurs ou assurés décédés ou des bénéficiaires – Consultation du Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) et des notaires**

Aux termes de l'article L. 132-9-3 du Code des assurances :

« I. – Les entreprises d'assurance mentionnées au 1^o de l'article L. 310-1 du présent code ainsi que les institutions de prévoyance et unions régies par le titre III du livre IX du Code de la sécurité sociale s'informent, au moins chaque année, dans les conditions prévues au II du présent article, du décès éventuel de l'assuré.

II. – Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 132-9-2 consultent chaque année, dans le respect de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Les entreprises d'assurance ainsi que les institutions de prévoyance et unions mentionnées au I obtiennent de ces organismes professionnels communication de ces données en vue d'effectuer des traitements de données nominatives. Ces traitements ont pour objet la recherche des assurés, des souscripteurs et des bénéficiaires décédés des contrats d'assurance sur la vie et des bons ou contrats de capitalisation, à l'exception de ceux au porteur ».

Outre l'article L. 132-9-3 du Code des assurances qui vise à identifier un éventuel bénéficiaire décédé l'article L. 132-8 du Code des assurances prévoit : « lorsque l'assureur est informé du décès de l'assuré, l'assureur est tenu de rechercher le bénéficiaire, et, si

cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit ».

- **Réunion des conditions de la garantie**

Pour établir la preuve de la réalisation du risque garanti, le bénéficiaire doit justifier que les conditions de la garantie sont satisfaites. Autrement dit, selon qu'il s'agit d'une assurance en cas de vie ou d'une assurance en cas de décès, il doit démontrer que l'assuré était vivant ou, au contraire, décédé au moment prévu pour la garantie.

- **Assurances en cas de vie**

Dans cette hypothèse, le bénéficiaire doit établir que l'assuré était vivant à l'échéance prévue dans le contrat.

Si le bénéficiaire désigné est l'assuré lui-même, la preuve de sa survie à l'échéance résulte de son intervention au règlement.

Si le bénéficiaire est un tiers, ce dernier doit démontrer que l'assuré qui n'a pas alors, en principe, à intervenir au règlement, était effectivement vivant à l'échéance. Depuis la suppression des fiches d'état civil, cette preuve est apportée par la production de tout document de nature à établir que l'assuré était bien vivant au terme du contrat. Toutefois, si l'assuré est décédé depuis la date d'échéance du contrat, le bénéficiaire devra fournir un acte d'état civil qui constate que le décès de l'assuré est survenu après l'arrivée du terme.

- **Assurances en cas de décès**

La preuve du décès de l'assuré par le bénéficiaire résulte, en principe, de la production d'un acte d'état civil (acte de décès). La première chambre civile est cependant venue préciser que l'acte de décès ne constitue qu'une « présomption qui peut être détruite par des éléments probants ». En outre, il est généralement sollicité par l'assureur un certificat médical qui, selon la formule consacrée « constate le genre de maladie ou d'accident auquel l'assuré a

succombé ou, à tout le moins, qui précise le caractère naturel ou non de la mort ». Ce document permettra à l'assureur de vérifier notamment que le décès n'est pas survenu dans des circonstances exclues de la garantie et que l'assuré n'a pas commis de fausse déclaration lors de la souscription.

- **Preuve du droit du demandeur**

Pour justifier de son droit aux prestations, le demandeur doit en principe, non seulement remettre à l'assureur le contrat d'assurance, mais, en outre, permettre à ce dernier de l'identifier en tant que bénéficiaire des prestations. Toutefois, certains bénéficiaires étant susceptibles de ne pouvoir faire valoir leurs droits, faute de disposer des éléments nécessaires à les établir, le législateur a instauré une procédure spécifique de recherche de stipulation bénéficiaire.

- **Production du contrat**

Certes, la production du contrat ne constitue pas a priori une formalité substantielle du règlement, le droit du bénéficiaire étant indépendant de la possession du contrat. L'assureur en détenant normalement un exemplaire, il a en principe connaissance de la désignation bénéficiaire. Il est donc a priori en mesure de procéder au règlement des prestations entre les mains du bénéficiaire réel, même si ce dernier n'est pas en possession du contrat.

- **Identification du bénéficiaire**

Il appartient à celui qui se prétend bénéficiaire des prestations d'établir la preuve de la volonté claire et non équivoque du souscripteur quant à sa désignation étant toutefois rappelé qu'en l'état de la jurisprudence la plus récente, et sauf testament, cette désignation, pour être valable, doit avoir été portée à la connaissance de l'assureur avant le décès de l'assuré. Le bénéficiaire doit encore justifier qu'il était effectivement en vie au

jour de l'exigibilité de ces prestations.

Lorsque le bénéficiaire décède après l'exigibilité des sommes assurées mais avant leur règlement, deux cas sont à distinguer selon que celui-ci avait ou non accepté la stipulation faite à son profit :

- dans la première hypothèse, les sommes assurées devront être versées à la succession de l'intéressé ;
- à défaut d'acceptation, les prestations ne pourront être versées à ladite succession que s'il n'existe pas de bénéficiaires en sous-ordre ou de même rang, quoique dans ce dernier cas, la succession recouvre ses droits s'il était prévu une répartition des capitaux.

- **Absence de bénéficiaire déterminé**

A défaut de bénéficiaire déterminé, le capital ou la rente garantis font partie du patrimoine ou de la succession du contractant.

L'identification du bénéficiaire des prestations est aisée et sans risque lorsqu'il s'agit du contractant, c'est-à-dire du souscripteur, puisque celui-ci est connu de l'assureur. Lorsque les prestations doivent être versées à sa succession, c'est-à-dire à ses héritiers, ceux-ci doivent justifier de leur qualité par la production d'un intitulé d'inventaire ou d'un acte de notoriété délivré par le notaire.

- **Procédure de recherche de stipulation bénéficiaire (dispositif AGIRA 1)**

Si l'article L. 132-8 du Code des assurances met à la charge de l'assureur l'obligation de rechercher les bénéficiaires, il ne s'agit que d'une obligation de moyens qui suppose en outre que l'assureur ait connaissance du décès. Or, que l'assureur ignore le décès de l'assuré ou qu'il n'ait pu identifier le bénéficiaire et le contrat risque de se trouver en déshérence.

- **Assimilation au délai de prescription**

Sous réserve de respecter les délais de prescription applicables, aucun délai légal n'est imposé au bénéficiaire pour procéder à la déclaration du sinistre. Le délai de prescription biennal normalement applicable est porté, en matière d'assurance sur la vie, à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur.

- **Caractère forfaitaire de l'assurance sur la vie**

« En matière d'assurance sur la vie (...), les sommes assurées sont fixées par le contrat ». La détermination du montant de l'obligation de l'assureur ne soulève ainsi aucune difficulté notable puisque, sauf cas particuliers de règlement, il suffit de se reporter à la convention. Elle appelle toutefois quelques observations particulières lorsque le contrat est libellé en unités de compte. Par ailleurs, il convient de préciser dans quelles conditions l'assureur procède, ainsi qu'il en a l'obligation légale, à la distribution des bénéfices techniques et financiers qu'il a réalisés et dans quelle mesure le bénéficiaire peut prétendre, le cas échéant, à l'octroi des garanties de fidélité.

- **Contrats en unités de compte : règlement en espèces**

Le Code des assurances pose le principe selon lequel les prestations exigibles au titre d'un contrat libellé en unités de compte doivent être versées « en espèces ». Ainsi, le bénéficiaire reçoit-il normalement paiement de la contre-valeur de l'unité de compte. La règle légale du paiement en espèces a pour objet d'empêcher que les contrats en unités de compte ne deviennent l'instrument de la transmission des entreprises en franchise de droits de succession.

- **Contrats en unités de compte : remise des titres**

Le législateur a toutefois, très tôt, apporté une première dérogation à ce principe en prévoyant que le bénéficiaire peut « opter pour la remise de titres ou de parts lorsque ceux-ci sont négociables et ne confèrent pas directement le droit de vote à l'assemblée générale des actionnaires d'une société inscrite à la cote officielle d'une bourse de valeurs ».

- **Article L. 132-29 du Code des assurances**

Conformément à l'article L. 132-29 du Code des assurances : « Les entreprises d'assurance sur la vie ou de capitalisation et les fonds de retraite professionnelle font participer les assurés aux bénéfices techniques et financiers qu'ils réalisent, dans les conditions fixées par arrêté du ministre chargé de l'Économie ».

- **Nature et montant des bénéfices distribués**

La nature et le montant minimal des bénéfices que l'entreprise doit réserver à ses assurés sont déterminés par le Code des assurances. D'une manière générale, il est attribué aux contrats, sous forme de participation aux bénéfices, l'excédent dégagé par la gestion technique et financière, après déduction de l'intérêt technique déjà pris en compte pour le calcul des prestations garanties. Ainsi, la participation aux bénéfices est-elle issue de la somme algébrique des bénéfices techniques, d'une part, et des bénéfices financiers, d'autre part.

- **Quels sont les bénéfices techniques ?**

Les bénéfices techniques sont constitués des bénéfices de mortalité et des bénéfices de gestion.

Les bénéfices de mortalité sont issus de la différence entre la mortalité réelle des assurés en cas de décès et celle qui résulte de l'application de la table utilisée par l'assureur pour la tarification du

contrat.

Les bénéfices de gestion proviennent de la différence entre les frais de gestion prévus dans les chargements de la cotisation et les dépenses effectivement exposées par l'assureur.

- **Quels sont les bénéfices financiers ?**

Les bénéfices financiers résultent de l'addition des bénéfices d'intérêt et des bénéfices sur plus-values.

Les bénéfices d'intérêt correspondent à la différence entre le taux des placements effectués par l'assureur et le taux d'intérêt garanti par le contrat.

Les bénéfices sur plus-values sont issus de la réalisation de valeurs de placement.

La fiscalité

- **Déclarations à la charge des entreprises d'assurance établies en France – FICOVIE**

Le contenu et les modalités de ces nouvelles obligations ont été précisés par le décret no2015-362 du 30 mars 2015 (JO 31 mars). Conformément à l'article 1649 ter du Code général des impôts, ces exigences nouvelles prennent la forme :

- d'une obligation de déclaration à la souscription et au dénouement des contrats et ce, quel qu'en soit le montant ;
- d'une obligation de transmettre chaque année à l'Administration, au titre des contrats en cours, les éléments suivants : **pour les contrats non rachetables souscrits après le 20 novembre 1991** : le montant cumulé des primes versées entre le 70ème anniversaire du souscripteur et le 1er janvier de l'année de déclaration lorsque cette somme excède 7 500 euros, **pour les autres contrats** : la valeur de rachat ou le montant du capital garanti lorsque cette valeur excède 7 500 euros.

Par lettre BV no 2015/0452 du 29 octobre 2015 adressée à la Fédération française des sociétés d'assurances, la Direction générale des finances publiques a fait savoir que les ministres consentaient à exclure du dispositif certains contrats au regard de leurs caractéristiques à savoir :

- * les contrats temporaires décès non rachetables suivants : les contrats d'assurance emprunteur (crédits immobiliers et à la consommation), les contrats associés à des produits financiers ou à des comptes bancaires et les contrats individuels décès associés à un voyage ou au dispositif « homme clef » ;
- * les contrats collectifs de prévoyance et les contrats d'épargne retraite à condition d'être non rachetables et d'être exonérés du prélèvement sui generis prévu à l'article 990 I du Code général des impôts ;
- * et les contrats obsèques dès lors qu'ils répondent aux dispositions de l'article L. 2223-33-1 du Code général des collectivités

territoriales et que le bénéficiaire est un organisme visé à l'article L. 2223-23 du même code.

- **Déclarations à la charge des souscripteurs ayant souscrit auprès d'une entreprise d'assurance établie hors de France**

Aux termes de l'article 1649 AA du Code général des impôts (issu de L. fin. 1999, no 98-1266, 30 déc. 1998, JO 31 déc., art. 37, III), les souscripteurs de contrats d'assurance vie conclus auprès d'organismes d'assurance et assimilés établis hors de France sont tenus de déclarer, en même temps que leur déclaration de revenus, les références du ou des contrats, les dates d'effet et de durée de ces contrats, ainsi que les avenants et opérations de remboursement effectués au cours de l'année civile. Les modalités de cette déclaration ont été fixées par un décret no 99-699 du 3 août 1999 (JO 7 août), inséré sous l'article 344 C de l'annexe III au Code général des impôts, et commenté par une instruction fiscale du 26 août 1999 (Instr. 26 août 1999, BOI 13 L-9-99, no 161 ; BOI-IR-DECLA-20-20, no 150).

Il a ainsi été précisé que cette déclaration, établie sur papier libre, datée et signée du déclarant, doit être jointe à la déclaration no 2042 lorsque l'un des événements suivants survient à compter du 1er janvier 1999 :

- souscription de contrats ;
- modification du contrat sous forme d'avenant, quelle que soit la date de souscription des contrats ;
- opération de remboursement.

La déclaration doit comporter les éléments suivants :

- l'adresse du siège de l'organisme d'assurance ou assimilé, et le cas échéant, de la succursale qui accorde la couverture ;
- les éléments d'identification du souscripteur du contrat : nom, prénom, date et lieu de naissance, adresse ;
- la désignation du contrat, ses références et ses principales caractéristiques (nature des risques garantis : vie, décès, mixte,

modalités de versement des primes et des prestations rendues par l'assureur) ;

- la date de prise d'effet du contrat ;
- la durée du contrat. En ce qui concerne les contrats comportant la garantie d'un capital en cas de vie, il s'agit de l'indication de la durée effective du contrat. Pour les contrats comportant la garantie d'une rente viagère, c'est la date de jouissance de la rente qui doit être indiquée ;
- la référence et la nature des avenants intervenus ;
- les opérations de rachat total ou partiel effectuées au cours de l'année civile précédente.

- **Assujettissement à la taxe sur les conventions d'assurance**

La taxe est perçue sur le montant des sommes stipulées au profit de l'assureur et de tout accessoire dont celui-ci bénéficie directement ou indirectement du fait de l'assuré ».

- **Exonération de la taxe sur les conventions d'assurance**

Aux termes de l'article 995 du Code général des impôts dans sa rédaction issue de la loi no 2019-486 du 22 mai 2019, dite « loi PACTE » (art. 123, JO 23 mai), commenté par l'administration notamment dans son BOFIP référencé BOI-TCAS-ASSUR-10-40-30-10, il est prévu que : « Sont exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance : (...) 5o/ Les contrats d'assurance sur la vie et assimilés y compris les contrats de rente viagère, à l'exception des contrats d'assurance en cas de décès souscrits en garantie du remboursement d'un prêt ».

Le principe général d'exonération s'applique à tous les contrats d'assurance sur la vie et de rente viagère souscrits pour la couverture de risques situés sur le territoire français, y compris lorsque ces contrats comportent la garantie de risques accessoires (assurance contre les risques d'atteintes corporelles incluant

l'incapacité de travail professionnelle, de décès accidentel ou d'invalidité à la suite d'accident ou de maladie). Toutefois, dans cette dernière hypothèse, l'exonération profite aux seules cotisations relatives à l'assurance principale et ne peut s'étendre aux cotisations ou fractions de cotisations afférentes aux assurances complémentaires. En outre, depuis le 1er janvier 2019, et conformément à l'article 123 de la loi no 2019-486 du 22 mai 2019, dite « loi PACTE » (JO 23 mai), les contrats d'assurance en cas de décès souscrits en garantie du remboursement d'un emprunt sont désormais exclus du bénéfice de cette exonération.

- **Régime des contrats comportant des garanties complémentaires**

Lorsque des garanties complémentaires sont adjointes à l'assurance sur la vie, il y a lieu de ventiler la cotisation en fonction des garanties souscrites, seule la fraction correspondant à l'assurance sur la vie pouvant bénéficier de l'exonération.

- **Contrats d'assurance en cas de décès souscrits en garantie du remboursement d'un prêt**

Les contrats d'assurance en cas de décès souscrits à compter du 1er janvier 2019 en garantie du remboursement d'un prêt sont exclus du bénéfice de l'exonération prévue au 5^o de l'article 995 du Code général des impôts (dispositif commenté par BOI-TCAS-ASSUR-10-40-30-10, no 195). Les primes ou cotisations afférentes à ces contrats sont dès lors soumises à la taxe sur les conventions d'assurance dans les conditions de droit commun, au taux de 9 %. Sont également soumis à la taxe sur les conventions d'assurance les contrats d'assurance en cas de décès reconduits ou renégociés à partir de cette même date, lorsque cela a pour effet la prolongation, l'augmentation ou la réduction de la prime ou du capital assuré.

Sont ainsi assujettis à la taxe :

- les contrats renouvelés ou reconduits de façon tacite postérieurement au 1er janvier 2019 (il est précisé que l'ouverture de la faculté annuelle de résiliation prévue conformément à l'article L. 113-12 du Code des assurances n'est pas considérée comme telle, y compris si elle se fait par tacite reconduction, à la condition qu'elle n'entraîne aucune modification des stipulations contractuelles) ;
- les contrats d'assurance substitués, notamment dans le cadre du droit de résiliation annuel et de substitution prévu à l'article L. 113-12-2 du Code des assurances, à compter du 1er janvier 2019 ;
- les contrats modifiés par le biais d'un avenant tarifaire après le 1er janvier 2019 ;
- les assurances en cas de décès afférentes à un prêt renégocié postérieurement au 1er janvier 2019.

- **Deux catégories de réduction d'impôt**

Initialement, deux régimes de réduction d'impôt, parfaitement cumulables, étaient susceptibles de s'appliquer selon qu'avait été souscrit un contrat d'assurance en cas de vie, d'une part, ou un contrat de survie ou d'épargne handicap, d'autre part.

Le législateur est intervenu à plusieurs reprises pour limiter le bénéfice de la réduction d'impôt offerte aux contrats d'assurance en cas de vie, qu'il a finalement purement et simplement supprimée.

- **Caractéristiques des contrats : Contrats de survie**

Conformément à l'article 199 septies du Code général des impôts, ouvrent droit à la réduction d'impôt les « primes afférentes à des contrats d'assurance en cas de décès, lorsque ces contrats garantissent le versement d'un capital ou d'une rente viagère à un enfant ou à tout autre parent en ligne directe ou collatérale jusqu'au troisième degré de l'assuré, ou à une personne réputée à charge de celui-ci en application de l'article 196 A bis, et lorsque ces bénéficiaires sont atteints, d'une infirmité qui les empêche, soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité

professionnelle, soit, s'ils sont âgés de moins de dix-huit ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal ».

- **Contrats d'épargne handicap**

Contrairement aux contrats de survie, qui sont des contrats d'assurance en cas de décès, les contrats d'épargne handicap sont des contrats d'assurance en cas de vie souscrits sur la tête de l'handicapé lui-même.

Conformément à l'article 199 septies du Code général des impôts, ces contrats doivent être d'une durée effective au moins égale à six ans et garantir le versement d'un capital ou d'une rente viagère à l'assuré atteint, lors de la conclusion du contrat, d'une infirmité qui l'empêche de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle. À noter que dans l'hypothèse où le souscripteur fait état d'une infirmité postérieurement à la souscription du contrat, l'Administration admet néanmoins qu'il puisse rétroactivement, et dans la limite du délai de réclamation, bénéficier de la réduction d'impôt (BOI-IR-RICI-40, no 270).

Bien que la loi ne le précise pas, l'Administration considère que le contrat doit être souscrit par la personne handicapée elle-même (Instr. 3 mars 1988, BOI 5 B-12-88, no 44, BOI-IR-RICI-40, no 1).

- **Calcul de la réduction d'impôt**

Conformément à l'article 199 septies du Code général des impôts, les cotisations versées au titre des contrats de survie ou d'épargne handicap ouvrent droit à une réduction d'impôt égale à 25 % de leur montant, plafonnée à 1 525 euros plus 300 euros par enfant à charge. Ce plafond est global pour les versements annuels effectués au titre des deux types de contrats cumulés.

Au montant ainsi déterminé, plafonné éventuellement à 1 525 euros, il y a lieu d'appliquer, pour connaître le montant de la réduction d'impôt, le taux de 25 %. Le cas échéant, le montant de 1 525 euros peut être majoré de 300 euros par enfant à charge. Les

enfants à charge s'entendent de ceux retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu dû par le contribuable, soit au titre du quotient familial, soit par voie d'abattement (Instr. 3 mars 1988, BOI 5 B-12-88, no 44 ; BOI-IR-RICI-40, no 180). Depuis l'imposition des revenus de 2003, la majoration de 300 euros (230 euros jusqu'à l'imposition des revenus 2004) doit être divisée par deux pour les enfants réputés à charge égale de leurs parents séparés ou divorcés en cas de résidence alternée (L. no 2002-1576, 30 déc. 2002, JO 31 déc., art. 30, IV, D).

- **Justificatifs à fournir – Imputation**

En principe, pour ouvrir droit à réduction d'impôt, le contribuable doit être en mesure de présenter à l'Administration, sur demande, un certificat qui lui est délivré par l'assureur (la remise systématique de ce certificat a été supprimée par l'arrêté du 10 juin 2014, JO 10 sept., NOR : FCPE1408345A).

Ce certificat est prévu par l'article 17 E de l'annexe IV du Code général des impôts et doit être conforme au modèle publié par l'Administration en annexe à l'instruction du 29 avril 1986 (Instr. 29 avr. 1986, BODGI 5 B-15-86, no 67 ; BOI-IR-RICI-40, no 250). Toutefois, ce certificat n'est pas une formalité substantielle. En effet, selon la jurisprudence, l'instruction du certificat ne saurait avoir pour effet de priver les contribuables du droit à la réduction d'impôt du seul fait que l'assureur s'est abstenu de délivrer ce certificat (CE, 9e et 10e sous-sect., 2 juill. 2003, no 244.960, RJF 10/03, no 1076, RGDA 2003, p. 815, note Douet F.). Selon l'Administration, le certificat peut exceptionnellement être remplacé par la copie intégrale des conditions particulières du contrat et par un duplicata des quittances de paiement des primes ou, à défaut d'établissement de quittance, par l'avis d'échéance de chaque prime (BOI-IR-RICI-40, no 280).

- **Règles d’assujettissement**

Les produits générés par les contrats d’assurance sur la vie sont soumis aux prélèvements sociaux selon des règles qui diffèrent en fonction de la nature du contrat.

- **Taux des prélèvements**

S’agissant des produits générés par les contrats en euros et par les compartiments euros des contrats multisupports, le taux de prélèvement applicable est celui en vigueur au moment de l’inscription des produits en compte.

S’agissant des produits générés par les unités de compte, le taux applicable est celui en vigueur au moment du dénouement (rachat, partiel ou total, décès), soit actuellement 17,2 %.

Le tableau ci-après résume le régime applicable :

Type de contrat		Fait générateur des prélèvements sociaux
Contrats euro-croissance mono-support		Atteinte de la garantie
Contrat euro-croissance multisupport	Compartiments en euros	Inscription de produits au contrat
	Compartiments en unités de compte	Dénouement ou décès
	Compartiment avec provision de diversification	Atteinte de la garantie

- **Versement d’un capital au terme ou rachat**

Les règles applicables en matière d’impôt sur le revenu sont variables selon que les sommes versées par l’assureur revêtent la forme d’un capital ou d’une rente.

Si le versement d’une rente – et l’application des règles correspondantes – ne peut s’envisager que dans l’hypothèse où, le

contrat étant arrivé à terme, il est prévu ou opté pour ce mode de règlement, il en est différemment du règlement d'un capital. En effet, qu'il s'agisse du versement, sous cette forme, des prestations garanties, du règlement de la valeur de rachat ou encore d'une opération d'avance, les sommes ainsi versées sont soumises à un même régime fiscal dans la mesure où il s'agit, dans tous les cas, du règlement d'un capital.

- **L'Administration a fourni un exemple d'application pour les contrats inférieurs à 8 ans**

Soit un contrat à une prime unique d'un montant de 15 245 € versée avant le 27 septembre 2017 qui donne lieu aux opérations de rachat suivantes :

Rachat d'un contrat		
Montant du rachat partiel		Valeur du rachat total à la date du rachat partiel
1 ^{er} rachat partiel	6 098 €	18 294 €
2 ^e rachat partiel	4 573 €	16 769 €

Lors du dénouement du contrat, les sommes remboursées s'élèvent à 22 867,35 €.

Dans cet exemple, les sommes successivement remboursées se décomposent comme suit entre produit imposable et remboursement de primes non imposable :

— lors du 1^{er} rachat partiel de 6 098 € :

* **prime remboursée** : $(15\,245 \times 6\,098) / 18\,294 = 5\,081,67$ €,

* **produit** : $6\,098 - 5\,081,67 = 1\,016,33$ € ;

— lors du 2^e rachat partiel de 4 573 € :

* **prime remboursée** : $(15\,245 - 5\,081,67) \times 4\,573 / 16\,769 = 2\,771,60$ €,

* **produit** : $4\,573 - 2\,771,60 = 1\,801,40$ € ;

— lors du remboursement de 22 867,35 € au dénouement du contrat :

* **prime remboursée** : $[15\,245 - (5\,081,67 + 2\,771,60)] \times (22\,867,35 / 22\,867,35) = 7\,391,73 \text{ €}$,

* **produit** : $22\,867,35 - 7\,391,73 = 15\,475,62 \text{ €}$.

Remarque 1

La somme des fractions de prime successivement remboursées au bénéficiaire reconstitue le montant de la prime versée ($5\,081,67 + 2\,771,60 + 7\,391,73 = 15\,245$).

Les produits ainsi calculés sont soumis à l'impôt sur le revenu ou sur option au prélèvement libératoire aux taux fixés par l'article 125-0 A du Code général des impôts. Les mêmes dispositions sont applicables en cas de versement de primes successives.

Remarque 2

Les produits ainsi calculés sont soumis à l'impôt sur le revenu suivant les modalités prévues au BOI-RPPM-RCM-20-15 au II-A § 260 et suivants, sous réserve de l'application du PFL dans les conditions prévues au 1 du II de l'article 125-0 A du CGI (BOI-RPPM-RCM-30-10-20-20).

Il reste qu'une telle hypothèse ne vise que le cas où le contrat dégage une plus-value. Or, la solution peut s'avérer inéquitable si le contrat est globalement en moins-value. Ainsi en serait-il en présence d'un contrat en unités de compte qui ferait l'objet d'un rachat partiel alors que le marché boursier est en baisse, puis d'un rachat total à la suite d'une augmentation de la valeur acquise. Par une lettre à la FFSA en date du 31 mai 2010 (référéncée 20090015043, RGDA 2010, p. 822, note Douet F.) qu'elle a reprise sous forme de rescrit (Rescrit (FP) no 2010/46, 10 août 2010, BOI-RPPM-RCM-20-10-20-50, no 100), l'Administration a admis que « pour les rachats partiels sur des contrats d'assurance vie » en perte » à la date où ils sont effectués (situation dans laquelle la valeur totale du contrat est inférieure au montant des primes non remboursées), le montant de la part des primes remboursées lors du rachat partiel soit plafonné à celui dudit rachat partiel ». Cette solution est applicable aux rachats effectués à compter du 31 mai 2010. Concernant les contrats en cours ayant donné lieu à application de la note de 1994, et pour le calcul des produits imposables à l'occasion des rachats à venir, l'Administration a précisé qu'il est également admis « que le montant des primes remboursées soit déterminé comme s'il avait été fait application de

la règle de plafonnement précitée lors des rachats partiels antérieurs ». Dans l'hypothèse particulière où le contrat prévoit une garantie de fidélité (sur les garanties de fidélité, voir nos 3977 et s.) et où le rachat partiel intervient avant la fin de la période d'indisponibilité, les produits afférents à cette garantie, sous réserve qu'ils ne soient pas définitivement perdus, doivent être retenus pour déterminer l'assiette taxable et ce, même si le rachat ne peut être prélevé sur ladite garantie de fidélité (Rép. min. à QE no 7706, JOAN Q. 22 janv. 2008, p. 545, RGDA 2008, p. 501, note critique Douet F.).

- **Contrats supérieurs à huit ans, exemple**

Soit un contrat souscrit le 2 janvier 1993 sur lequel est versée une prime d'un montant de 100 000 F (soit 15 244,90 €).

Le 2 janvier 1998, le souscripteur du contrat verse une prime d'un montant de 500 000 F (soit 76 224,50 €).

Le 2 janvier 2017, l'épargnant effectue un rachat partiel de 75 000 €.

Au 31 décembre 2016, la provision mathématique correspondant au premier versement s'élève à 49 656,98 € et la provision mathématique correspondant au deuxième versement est de 166 843,63 €. La valeur de rachat totale du contrat à la date du rachat partiel est de 49 656,98 € + 166 843,63 €, soit 216 500,61 €.

Les produits capitalisés afférents au premier versement s'élèvent à 49 656,98 € – 15 244,90 €, soit 34 412,08 € et les produits capitalisés afférents au second versement s'élèvent à 166 843,63 € – 76 224,50 €, soit 90 619,13 €. À la date du rachat, la somme des produits capitalisés s'élève donc à 34 412,08 € + 90 619,13 €, soit 125 031,21 €.

Les deux compartiments se présentent donc comme suit :

	Premier compartiment : primes versées avant le 26/09/97 (et versements assimilés) et produits afférents en euros	Deuxième compartiment : primes versées à compter du 26/09/97 et produits afférents en euros	Totaux en euros
Primes versées	15 244,90	76 224,50	91 469,40
Produits capitalisés	34 412,08	90 619,16	125 031,21
Provision mathématique	49656,98	166 843,63	216 500,61

Les produits imposables sont déterminés de la manière suivante :

— **produit attaché au rachat (P1)** : $P 1 = 75\,000 - (91\,469,40 \times 75\,000 / 216\,500,61) = 43\,313,23 \text{ €}$;

— **produit imposable (P2)** : $P 2 = 43\,313,23 \times 90\,619,16 / 125\,031,21 = 31\,392,22 \text{ €}$.

• Exemple, modalités d'imposition

Un contribuable marié, bénéficiant d'un abattement de 9 200 euros, procède à un rachat pour un montant total de 11 400 euros. Il opte pour le prélèvement libératoire sur l'ensemble des produits perçus. Il bénéficiera d'un crédit d'impôt égal à 7,5 % de 9 200 euros, soit 690 euros.

Lorsqu'il estime y avoir un intérêt, le contribuable peut, à l'occasion d'un même rachat ou de rachats successifs, exercer une option partielle pour le prélèvement libératoire de 7,5 %. L'option peut notamment être exercée pour la seule fraction des produits qui excède 4 600 euros ou 9 200 euros, selon la situation de famille du contribuable.

- **Produits afférents aux primes versées après le 26 septembre 2017**

L'article 28 de la loi no 2017-1837 de finances pour 2018 du 30 décembre 2017 (JO 31 déc.), commenté au BOI-RPPM-RCM-20-15, a réformé le régime de taxation des revenus et gains du capital perçus par les personnes physiques. Conformément à l'article 125-0 A, II, 2 du Code général des impôts, les produits afférents aux primes versées à compter du 27 septembre 2017 qui sont perçus à l'occasion du rachat ou du dénouement du contrat intervenant à compter du 1er janvier 2018 (les produits perçus avant cette date même s'ils sont afférents à des primes versées à compter du 27 septembre 2017 (les produits perçus avant cette date même s'ils sont afférents à des primes versées à compter du 27 septembre 2017 demeurent régis par le dispositif applicable aux primes antérieures au 27 septembre, sur ce dispositif, voir no 4031) sont imposables selon les modalités suivantes :

- lors de l'année de leur versement, les produits sont soumis à un prélèvement forfaitaire non libératoire de l'impôt sur le revenu (PFNL). Le PFNL est au taux de 12,8 % si le contrat a moins de 8 ans et de 7,5 % si le contrat a plus de 8 ans. À noter que les personnes dont le revenu fiscal de référence est inférieur à 25 000 € pour une personne seule et 50 000 € pour un couple soumis à imposition commune peuvent demander à être dispensées du PFNL. Cette demande doit être formulée au plus tard lors de l'encaissement des revenus ;
- lors de l'année suivante, les produits sont repris dans la déclaration de revenus et imposés au prélèvement forfaitaire unique (PFU) ou, sur option, au barème progressif, la somme précomptée lors du versement s'imputant sur l'impôt ainsi calculé.

En cas d'application du PFU :

- si le contrat a moins de 8 ans : le taux du PFU étant, comme le PFNL, de 12,8 %, et le PFNL s'imputant sur le PFU, aucun prélèvement supplémentaire ni aucun remboursement ne sont à effectuer ;
- si le contrat a plus de 8 ans : les abattements de 4 600 € ou 9 200 € sont applicables. À noter qu'ils doivent s'appliquer en priorité

aux produits attachés aux primes versées avant le 27 septembre 2017, puis aux produits attachés à compter de cette date imposables au taux de 7,5 % et enfin à ceux imposables au taux de 12,8 %.

Une fois les abattements appliqués, les produits vont être soumis au PFU dont le taux varie en fonction du montant des primes versées par le souscripteur sur l'ensemble de ses bons et contrats d'assurance vie ou de capitalisation :

— si ce montant est inférieur à 150 000 €, le PFU est au taux de 7,5 % ;

— si ce montant est supérieur à 150 000 €, le PFU est au taux de 7,5 % sur la fraction des produits correspondant aux primes jusqu'à 150 000 € et 12,8 % au-delà. Le prorata est déterminé par application du quotient suivant : 150 000 € réduit du montant des primes versées antérieurement au 27 septembre 2017 net de remboursements/montant des primes versées depuis le 27 septembre 2017 net de remboursements.

• EXEMPLE

– M. A versé 140 000 € en février 2017 et 20 000 € en novembre 2017. En cas de rachat, les produits issus de son 1er versement seront taxés à 7,5 %. Ceux qui proviennent de son 2nd versement seront imposés selon deux taux : 10 000 € à 7,5 %, 10 000 € à 12,8 % (10 000 éligibles à 7,5 % selon la formule : $(150\,000 - 140\,000) / 20\,000 = 0,5$; $20\,000 \times 0,5 = 10\,000$) ;

– M. B a versé 200 000 € en novembre 2017. En cas de rachat, 75 % de ses gains seront taxés à 7,5 % et 25 % à 12,8 % ($150.000 / 200.000 = 0,75$; $200\,000 \times 0,75 = 150\,000$ € éligibles à 7,5 %) ;

– M. C a versé 300 000 € en janvier 2017. En cas de rachat, ses gains seront tous imposés à 7,5 % car le versement a eu lieu avant le 27 septembre 2017.

En cas d'option pour le barème progressif

Sur option expresse et irrévocable, après application des abattements de 4 600 ou 9 200 €, dans le cas où la durée du contrat est supérieure à 8 ans, le contribuable peut choisir d'imposer les produits selon le barème progressif de l'impôt sur le revenu. Cette option est globale et concerne l'ensemble des revenus et plus-values de l'année. Elle est exercée chaque année lors du dépôt de la déclaration de revenus et au plus tard avant la date limite de déclaration. Le PFNL précompté par l'assureur lors du versement des produits s'imputera alors évidemment sur l'impôt ainsi calculé.

• Clôture d'un PEP

Différents événements sont de nature à provoquer la clôture d'un PEP. Celle-ci n'entraîne toutefois pas systématiquement la résiliation du contrat de dépôt ou d'assurance vie, mais implique parfois seulement que l'opération d'épargne cesse de bénéficier du régime spécifique du PEP.

En pratique, les cas de clôture du PEP sont les suivants :

- ouverture de plusieurs PEP par un même contribuable
- dépassement des limites de versement : aux termes de l'article 10 du décret du 5 février 1990 (D. no 90-116, 5 févr. 1990, précité) relatif au plan d'épargne populaire, en cas de dépassement de la limite de 92 000 euros, « la totalité des sommes figurant sur le PEP est réputée retirée immédiatement ». Toutefois, il ressort de l'instruction du 12 juillet 1990 (Instr. 12 juill. 1990, BOI 5 I-4-90, no 141 ; BOI-RPPM-RCM-40-60, no 340) que « cette mesure n'est pas appliquée si l'intéressé fait la preuve que le dépassement a été involontaire. Cette preuve sera présumée apportée lorsqu'il s'agit de la première erreur et qu'elle a été réparée dans un délai d'un mois à compter du versement qui a entraîné le dépassement » ;
- avant dix ans, le retrait de tout ou partie des avoirs figurant sur le PEP. Selon l'Administration (Instr. 12 juill. 1990, BOI 5 I-4-90, no 141 ; BOI-RPPM-RCM-40-60, no 300),
Il peut s'agir :

- * d'un retrait effectué sur un compte de dépôt (il est indifférent que ce retrait soit imputé sur le capital ou sur les produits),
- * du remboursement, non immédiatement réinvesti dans le cadre d'un PEP, du capital garanti au terme d'un contrat d'assurance en cas de vie,
- * du rachat partiel ou total de ce contrat,
- * du service d'une rente. En particulier, le capital converti en une rente viagère est réputé retiré intégralement à la date du paiement du premier arrérage ».

Une dérogation a été instaurée par l'article 23 de la loi no 96-314 du 12 avril 1996 (JO 13 avr.), portant diverses dispositions d'ordre économique et financier (commentée par Instr. 20 nov. 1996, BOI 5 I-6-96, no 227) : en effet, n'entraînent pas la clôture du plan les retraits partiels opérés à compter du 1^{er} janvier 1996 (sur le régime fiscal de ces retraits, voir no 4074) au titre des PEP ouvrant droit à la prime d'épargne (voir nos 4070 et s.) : les retraits partiels successifs sont ainsi autorisés sans condition de durée du plan ou de emploi des sommes retirées.

Dans cette hypothèse, le(s) retrait(s) partiel(s) n'entraîne(nt) pas la clôture du plan, mais tout nouveau versement est alors interdit (CGI, art. 157, 22^o).

Enfin, ne sont pas considérées comme des retraits, mais comme des prêts, « les avances consenties par l'organisme gestionnaire au titulaire qui n'entraînent pas diminution des sommes dues ou du capital garanti au titre du PEP » (Instr. 12 juill. 1990, BOI 5 I-4-90, no 141 ; BOI-RPPM-RCM-40-60, no 310).

Il en est tout autrement si l'avance a pour contrepartie la réduction du capital ou de la rémunération du PEP, notamment par une baisse du taux d'intérêt ou de la participation aux bénéfices. Dans ce cas, l'avance est considérée comme un retrait, effectué à la date où la rémunération ainsi abandonnée par l'épargnant aurait dû être capitalisée à son profit ;

- après dix ans, le retrait de la totalité des avoirs ;
- l'intervention d'un versement après un retrait partiel opéré au-delà de dix ans. En cas de retrait partiel après dix ans, le PEP n'est pas clôturé mais tout nouveau versement est alors interdit. En cas de non-respect de cette règle, la totalité des sommes est réputée

retirée dès la réalisation du versement.

Comme pour les dépassements, l'Administration considère toutefois que la mesure n'a pas à être appliquée si l'intéressé fait la preuve que le versement a été involontaire. De la même façon, cette preuve est présumée apportée s'il s'agit d'une première erreur et qu'elle a été réparée dans le délai d'un mois ;
— le décès du titulaire du PEP.

- **Fiscalité des cotisations**

Le régime fiscal du PEP n'assortit les versements d'aucun avantage. Ceux-ci ne sont donc pas déductibles et n'ouvrent droit en tant que tels à aucune réduction d'impôt.

- **Fiscalité des retraits : retrait après huit ans**

Conformément à l'article 157, 22^o, du Code général des impôts, lorsqu'il est effectué plus de huit ans après l'ouverture du PEP, le retrait bénéficie d'une complète exonération d'impôt sur le revenu (BOI-RPPM-RCM-40-60, no 450). En effet, le prélèvement de 7,5 % institué par l'article 21 de la loi de finances pour 1998 no 97-1269 du 30 décembre 1997 (JO 31 déc.) n'est pas applicable.

L'exonération est donc applicable sans qu'il y ait lieu de se référer aux modalités de versement des sommes retirées : capital ou rente viagère. Dans ce dernier cas, l'exonération peut également profiter au conjoint survivant du crédientier s'il est prévu une réversion de la rente.