

J. 71/02-07

annule et remplace la fiche J. 71/06-97

LE CONTRAT D'ASSURANCE VIE

Constituer une épargne pour financer un projet, prévoir un complément de retraite, préserver la situation financière de sa famille en cas de problème (décès, invalidité...) : voilà des besoins pourtant différents qui peuvent motiver la souscription d'un contrat d'assurance vie. Derrière le terme générique d'assurance vie se cachent en réalité deux types de contrats ("en cas de vie" et "en cas de décès") qu'a priori tout oppose. Pourtant ces contrats ont en commun de proposer des garanties dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine (aléa), ce qui les distingue des contrats de capitalisation (épargne pure).

Placement préféré des Français, recueillant plus de 1062 milliards d'euros (source : FFSA décembre 2006), l'assurance vie est un moyen avantageux, relativement simple et souple pour organiser son patrimoine.

Ainsi les assurances vie peuvent-elles garantir à la fois :

- le versement d'un capital ou d'une rente si l'assuré est encore en vie à une date fixée;
- le versement d'un capital ou d'une rente en cas de décès de l'assuré;
- le versement d'un capital ou d'une rente dans les deux cas en adossant les deux possibilités : c'est l'assurance "mixte", ou "combinée".

Au vu de son succès, l'assurance vie semble convenir au plus grand nombre. Malgré les apparences, cela reste pourtant un contrat complexe pour le "non-initié" (à cause du jargon des assureurs), qui peut se révéler inadapté à certaines situations.

L'objectif de cette fiche est de clarifier la matière ainsi que de répondre aux questions qui se posent le plus fréquemment aussi bien lors de la souscription qu'en cours de contrat, ou encore à son terme.

QUEL CONTRAT CHOISIR ?

1. Les assurances en cas de vie

L'intérêt de souscrire une assurance en cas de vie est de se constituer progressivement un capital bénéficiant d'avantages civils et fiscaux, qui sera reversé par l'assureur à la condition d'être en vie à une date fixée au contrat.

En théorie, si l'assuré décède avant cette date, l'assureur ne verse rien et conserve les primes versées à fonds perdu. **En pratique**, les assureurs ont inséré dans les contrats une "contre-assurance" qui garantit le reversement de l'épargne constituée en cas de décès avant le terme. Ainsi, moyennant une surprime comprise

dans les frais de gestion, la contre-assurance a pour effet de contraindre l'assureur à reverser au bénéficiaire (désigné par l'assuré) le montant des primes versées. Pour autant, l'aléa qui caractérise le contrat d'assurance n'est pas absent de ces contrats : en effet, si l'assureur est certain de devoir payer, il ne sait pas à quel moment il devra le faire – comme l'a rappelé la Cour de cassation dans un arrêt du 23 novembre 2004 (n° 03-13 673). Ces contrats d'assurance garantissent le versement d'un capital ou d'une rente au terme du contrat et ressemblent, de ce fait, fortement aux opérations de placement.

Deux types de contrats sont proposés par les assureurs.

Les contrats à capital différé

L'entreprise d'assurances s'engage au versement d'un capital si l'assuré est vivant au terme du contrat, moyennant le paiement d'une prime (unique ou librement déterminée). C'est-à-dire que l'assureur reporte dans le temps le paiement d'un capital en contrepartie de la valorisation des primes (bénéfices techniques et financiers) et des avantages civils et fiscaux induits.

Deux types de contrats à capital différé peuvent être souscrits. Il s'agit d'une part des contrats sécuritaires en euros, dont les taux d'intérêt et le capital sont contractuellement garantis par l'assureur, et d'autre part des contrats dits "à capital variable", dont le montant est exprimé en unités de compte. Dans ce cas, le capital est investi sur des supports plus ou moins risqués, composés principalement d'actions, d'obligations ou de valeurs immobilières. L'assureur s'engage sur un nombre d'unités de compte et non sur leur valeur.

Les contrats de rente

- Rente différée

L'engagement de l'assureur porte sur le versement d'une rente viagère ou temporaire, moyennant le paiement d'une prime, si l'assuré est vivant au terme du contrat. L'assureur diffère le paiement d'un capital transformé en rente (mensuelle ou trimestrielle) en contrepartie de la valorisation des primes et des avantages civils et fiscaux induits. En cas de décès de l'assuré avant la date fixée au contrat, les primes sont reversées au bénéficiaire désigné.

- Rente immédiate

En contrepartie du paiement d'un capital, l'entreprise d'assurances s'engage au versement immédiat d'une rente viagère ou temporaire. Le montant de la rente est calculé en fonction de l'âge de l'assuré. Un questionnaire de santé est généralement exigé par l'assureur.

À noter : la rente viagère est versée jusqu'au décès du créancier tandis que la rente temporaire est versée pendant une durée déterminée.

2. Les assurances en cas de décès

Protéger financièrement sa famille en cas de décès constitue la principale motivation pour souscrire une assurance décès. Ces assurances à fonds perdu sont généralement peu onéreuses. Leur prix dépend du montant garanti.

Les assurances décès sont également utilisées pour garantir un contrat de prêt en cas de décès de l'emprunteur, le bénéficiaire du contrat étant dans ce cas la banque. Une sélection médicale est réalisée lors de la souscription.

Trois catégories d'assurance décès doivent être distinguées.

Les assurances temporaires

L'entreprise d'assurances s'engage à verser un capital à un bénéficiaire (famille, banquier) si l'assuré décède avant le terme du contrat. Donc l'assureur conserve les primes versées si le décès n'intervient pas pendant cette période : il s'agit d'une assurance à fonds perdu. Cette assurance est couramment utilisée pour les voyages ou pour garantir un contrat de prêt. Elle est également adaptée pour prémunir sa famille contre les conséquences financières résultant de son décès.

Les assurances vie entière

L'entreprise d'assurances s'engage à verser un capital au bénéficiaire désigné, à la suite du décès de l'assuré quelle qu'en soit la date. Il ne s'agit pas d'une garantie à fonds perdu mais elle comporte une valeur de rachat car l'assureur est certain de payer. Cette assurance est adaptée pour la transmission d'une partie de son patrimoine en bénéficiant d'une franchise d'impôts.

La rente de survie

Ce contrat prévoit le versement d'une rente ou d'un capital à un bénéficiaire à la condition qu'il soit en vie après le décès de l'assuré. Ce contrat est adapté notamment pour préserver la situation financière d'un enfant handicapé en cas de décès de ses parents.

3. Les contrats d'assurance mixte

L'originalité de ces contrats est qu'il s'agit de la combinaison d'un contrat d'assurance en cas de vie et d'un contrat d'assurance en cas de décès. L'assureur s'engage à verser un capital à la fois en cas de décès avant le terme prévu et en cas de vie de l'assuré à la date fixée contractuellement. L'aléa provient de l'incertitude quant à la date de survenance des risques couverts. Le prix de ces assurances est généralement élevé. Ainsi, il peut être plus intéressant financièrement de souscrire deux contrats séparés, l'un en cas de vie, l'autre en cas de décès.

Les contrats d'assurance mixte les plus courants sont les suivants.

Mixte ordinaire

Il s'agit de l'adjonction d'une assurance décès temporaire à une assurance vie à capital différé (voir ci-dessus). Le capital garanti est généralement le même, quel que soit le risque assuré. Les versements peuvent être périodiques ou prendre la forme d'une prime unique.

À terme fixe

L'assureur s'engage à verser le capital à une date prédéterminée, que l'assuré soit vivant ou décédé.

Dans le cas du décès de l'assuré, le paiement du capital ne pourra avoir lieu qu'à la date fixée, et non lors du décès comme dans le cas précédent.

Les primes sont obligatoirement périodiques puisque l'aléa ne porte pas sur la date de paiement de la prestation, mais sur la durée de cotisation.

Contrat en euros, en unités de compte ou "multisupports" ?

Le choix du support sur lequel les fonds seront investis doit être envisagé avec précaution par le futur assuré. En effet, ce choix conditionne la rentabilité de l'épargne mais aussi et surtout sa sécurité.

Ainsi, un contrat investi sur des fonds en euros (principalement des obligations d'État) est sécurisé mais ne bénéficie pas d'une rentabilité élevée (taux moyen des emprunts d'État). La prime et les garanties sont exprimées en euros. À l'inverse, un contrat investi sur des unités de compte (généralement des valeurs mobilières ou immobilières, cf. l'article R. 131-1 du code des assurances) peut être risqué en cas de chute de la bourse – l'assuré peut perdre beaucoup d'argent – mais dispose d'une meilleure rentabilité. Dans ce cas, la prime et les garanties sont déterminées par rapport à la valeur d'une ou plusieurs unités de compte. Il faut avoir à l'esprit que l'assureur ne s'engage que sur un nombre d'unités de compte et qu'il ne garantit pas leur valeur, qui dépend du marché.

Toutefois, afin de concilier les avantages et les inconvénients à la fois des contrats en euros et des contrats investis en unités de compte, les assureurs proposent des contrats dits "multisupports", composés à la fois de fonds en euros et d'unités de compte. La part de l'épargne investie sur l'un ou l'autre des supports est évidemment variable d'un contrat à l'autre. Il est donc conseillé de vérifier que le "multisupports" proposé par l'assureur correspond réellement à l'objectif d'épargne recherché par l'assuré.

4. Contrat collectif ou contrat individuel : quelle différence ?

Un contrat d'assurance vie peut être collectif ou individuel.

• **Le contrat collectif** est une opération à trois. Il est conclu entre un assureur et une personne morale, qui est généralement une association (Afer, Agipi, Gaipare...) conformément aux articles R. 141-1 et suivants du code des assurances. L'assuré vient simplement adhérer à ce contrat. Le contrat évolue au gré des modifications entre l'assureur et le souscripteur, qui sont opposables à l'assuré. Toutefois, selon l'article L. 141-4 du code des assurances, le souscripteur est tenu d'informer les adhérents des modifications apportées à leurs droits au moins trois mois avant

leur entrée en vigueur. Informé de cette modification, l'adhérent qui s'y oppose a le difficile choix entre accepter la modification ou sortir du groupe et mettre un terme au contrat. Il convient de souligner que la preuve de cette information incombe au souscripteur. Une modification du contrat intervenue en violation de ce texte est inopposable à l'adhérent.

• **Le contrat individuel** est directement conclu entre l'assureur et l'assuré. Il ne peut être modifié qu'avec l'accord de ce dernier (article 1134 du code civil).

Pour savoir si un contrat est individuel ou collectif, il suffit de se reporter à l'encadré prévu par l'arrêté du 8 mars 2006, inséré en tête de la proposition d'assurance ou du projet de contrat.

QUI SONT LES ACTEURS DU CONTRAT D'ASSURANCE VIE ?

Le souscripteur

Le souscripteur est celui qui paie les primes. C'est la raison pour laquelle il dispose de deux prérogatives : le choix du bénéficiaire et le droit au rachat.

Une souscription conjointe est possible. Dans ce cas, deux ou plusieurs personnes vont souscrire ensemble un contrat d'assurance vie. Le choix de l'ordre du dénouement (la fin du contrat) au premier ou au second décès est très important. En effet, si un couple de concubins souscrit un contrat avec un dénouement au second décès, le survivant pourra gérer seul le contrat et donc récupérer le capital en procédant à un rachat.

Le souscripteur peut également être une banque ou une entreprise lorsqu'il s'agit d'un contrat d'**assurance de groupe**. Dans ce cas, le souscripteur dispose d'un pouvoir de faire évoluer le contrat conformément à l'article L. 141-4 du code des assurances. Ainsi, lorsque le souscripteur désire apporter des modifications contractuelles, il doit informer l'adhérent trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. La majorité des contrats d'assurance vie sont aujourd'hui conclus sous cette forme.

L'assuré ou adhérent

L'assuré est la personne sur qui pèse le risque. Dans la majorité des cas, c'est à lui que l'assureur verse le bénéfice du contrat. Il est possible que le souscripteur et l'assuré soient la même personne. Toutefois, le souscripteur et l'assuré peuvent être dis-

tincts lorsque l'assurance est prise sur la tête d'un tiers. Deux observations doivent être faites quant à cette possibilité. Tout d'abord, lorsqu'une assurance décès est contractée sur la tête d'un tiers, il est indispensable d'obtenir son accord par écrit sous peine de nullité (article L. 132-2 du code des assurances). En effet, on ne peut pas stipuler sur la mort de quelqu'un sans son accord. Ensuite, il est défendu (article L. 132-3 du même code) de souscrire une assurance décès sur la tête d'une personne protégée (mineur de moins de 12 ans, personne hospitalisée en psychiatrie ou sous tutelle).

Dans une assurance de groupe, l'assuré est une personne morale (association ou entreprise), indépendante du souscripteur, qui regroupe l'ensemble des adhérents (consommateurs).

Le bénéficiaire

Le bénéficiaire est la personne désignée par le souscripteur qui va percevoir le capital décès ou la rente à la survenance du risque. Il n'a pas à être connu ou convoqué lors de la souscription.

Il influe sur le sort du contrat à deux égards.

• En cas d'acceptation du bénéfice du contrat, il bloque les prérogatives du souscripteur (article L. 132-9 du code des assurances).

• En cas d'absence de bénéficiaire désigné lors de la réalisation du risque, l'article L. 132-11 du code des assurances prévoit une déchéance civile et fiscale. La conséquence étant que le capital prévu au contrat retombe dans la succession.

L'INFORMATION DE L'ASSURÉ

Les obligations d'information de l'assureur ont été considérablement renforcées ces trois dernières années, notamment grâce aux travaux du Comité consultatif du secteur financier (CCSF). Ainsi, on distingue deux moments pour lesquels l'assureur doit fournir une information spécifique à l'assuré : lors de la souscription, et au cours du contrat.

LORS DE LA SOUSCRIPTION

Afin que l'assuré puisse comprendre la véritable nature de son engagement, le législateur est intervenu à de nombreuses reprises pour que l'assureur fournisse à l'éventuel souscripteur **une information préalable**, en principe en français.

1) L'article L. 112-2 du code des assurances énonce des règles communes à tous les contrats. Il impose à l'assureur de fournir, avant la conclusion du contrat :

– **une "fiche d'information" sur les prix et les garanties** : elle doit permettre de faire jouer la concurrence sur les prix et les garanties ;

– **un exemplaire du projet de convention ou une notice d'information sur le contrat** avec les exclusions éventuelles et les obligations de l'assuré.

Doivent aussi figurer, notamment, la loi applicable au contrat si ce n'est pas la loi française, ainsi que les modalités et, le cas échéant, les instances chargées d'examiner les réclamations de l'assuré.

Cette obligation tend à faire double emploi avec les éléments qui sont imposés spécifiquement au contrat d'assurance vie par l'article L. 132-5-2 du code des assurances.

2) En plus de cette obligation d'information commune à tous les contrats, les assureurs sur la vie sont soumis aux articles du

code des assurances L. 132-5-1 (relatif à la faculté de renonciation du souscripteur) et L. 132-5-2 (rendant obligatoires certaines mentions sur la proposition d'assurance ainsi que la remise contre récépissé d'une note d'information – article introduit par la loi du 15 décembre 2005 complétée par les arrêtés du 1^{er} mars 2006 et du 8 mars 2006). Ainsi, 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. Le défaut de remise de ces documents a pour conséquence de prolonger de droit la faculté de renonciation pendant une durée de huit ans. La Mondiale et Axa ont d'ailleurs été condamnés le 7 mars 2006 par la Cour de cassation (pourvoi n° 05-12338) à restituer aux assurés le capital investi en 1999 sur des contrats d'assurance vie, faute d'avoir rempli cette obligation d'information. Ce défaut d'information n'étant pas isolé, des centaines de milliers de contrats sont concernés. Les entreprises d'assurances mises en cause ont d'ailleurs pris l'initiative d'envoyer à leurs clients la notice d'information faisant défaut... mais sans toutefois les informer de leur droit de dénoncer encore le contrat pendant trente jours à compter de la réception de la notice.

Contenu de la note d'information

Nom commercial du contrat

Il permet notamment de savoir s'il s'agit d'un contrat collectif ou individuel.

Caractéristiques du contrat

Il s'agit des éléments suivants :

- définition contractuelle des garanties offertes ;
- durée du contrat ;
- modalités de versement des primes ;
- délai et modalités de renonciation au contrat, sort de la garantie décès en cas de renonciation ;
- formalités à remplir en cas de sinistre ;
- (contrats en cas de vie ou de capitalisation) frais et indemnités de rachat prélevés par l'entreprise d'assurances ;
- (autres contrats comportant des valeurs de rachat) frais prélevés en cas de rachat ;
- (capital variable) énumération des valeurs de référence et nature des actifs entrant dans leur composition ;
- (contrat de groupe) formalités de résiliation ;
- (Perp) modalités de transfert ;
- information sur les primes relatives aux garanties principales et complémentaires lorsque de telles informations s'avèrent appropriées ;
- précision quant à la loi applicable au contrat lorsque celle-ci n'est pas la loi française et indications générales relatives au régime fiscal.
- montant des valeurs de rachat pour les contrats en comportant, au terme des huit premières années au moins ainsi que la somme des primes ou cotisations versées au terme de chacune des mêmes années. Cette partie vous permet de vérifier que le contrat ne comporte pas de versements périodiques ;
- un modèle de lettre de renonciation permettant à l'assuré, dans un délai de trente jours à compter du premier versement, de dénoncer son contrat d'assurance vie par lettre recommandée avec accusé de réception et de se voir rembourser l'intégralité des sommes versées.

Cette partie est importante car elle énumère les engagements pris par l'assureur concernant l'épargne : modalités de récupération de l'épargne, engagement financier (taux et durée de la revalorisation de l'épargne)...

Rendement minimum garanti et participation

- Taux d'intérêt garanti et durée de cette garantie ;
- indication des garanties de fidélité, des valeurs de réduction et des valeurs de rachat ; dans le cas où celles-ci ne peuvent être établies exactement au moment de la souscription, indication du mécanisme de calcul ainsi que des valeurs minimales ;
- modalités de calcul et d'attribution de la participation aux bénéficiaires.

Dans cette partie sont mentionnés les engagements de l'assureur concernant la redistribution des bénéfices : 85 % minimum des bénéfices financiers (placements de l'assureur) et 90 % des bénéfices techniques (liés au taux de mortalité).

Procédure d'examen des litiges

Modalités d'examen des réclamations pouvant être formulées au sujet du contrat. Existence, le cas échéant, d'une instance chargée en particulier de cet examen.

Il est important de préciser que, depuis la loi du 15 décembre 2005, la proposition d'assurance ou le projet de contrat vaut note d'information lorsqu'un encadré inséré au début de la proposition ou du projet de contrat indique en caractères très apparents la nature du contrat. Toutefois, il est à regretter que la profusion des informations à destination des assurés n'entraîne une certaine confusion...

L'absence de remise de ces informations proroge le délai de renonciation dans la limite de huit ans à compter de la date où le souscripteur est informé de la conclusion du contrat.

L'encadré inséré en tête de la proposition d'assurance ou du projet de contrat

L'encadré prévu par l'arrêté du 8 mars 2006 vise principalement à renseigner le souscripteur sur les « dispositions essentielles du contrat », ainsi que sur les modalités et les conséquences de l'exercice de sa faculté de renonciation (délais, procédure...). **L'absence de l'encadré a pour effet de prolonger le délai de renonciation.**

Le nouvel article A. 132-8 du code des assurances est venu préciser le contenu de l'encadré prévu à l'article L. 132-5-2 du même code. Ainsi, les informations listées ci-dessous doivent figurer dans un encadré d'information placé en tête de la proposition d'assurance (qu'il s'agisse d'un contrat individuel ou collectif), du projet de contrat ou de la notice dont la taille ne dépasse pas une page.

- Il est indiqué si le contrat est un contrat d'assurance vie individuel, de groupe ou de capitalisation.

Pour les assurances de groupe, il doit être mentionné que les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat intervenus entre le souscripteur et l'assureur après information préalable (article L. 132-5-3).

- Les garanties doivent être indiquées avec les clauses les définissant. Il est précisé si le contrat prévoit le paiement d'un capital ou d'une rente.

Pour les contrats en euros ou en devises, il doit être indiqué si le contrat comporte ou non une garantie en capital au moins égale aux sommes versées.

Pour les contrats en unités de compte, il doit être indiqué en caractères très apparents que les montants investis ne sont pas garantis mais soumis à la variation des marchés financiers.

Pour les contrats investis sur des fonds obligataires (garantis) ou en actions, l'information sur les garanties doit porter sur les droits exprimés en unités de compte et sur ceux qui ne le sont pas.

- L'existence d'une participation aux bénéfices et, le cas échéant, les pourcentages.

- Il est indiqué si le contrat comprend 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...* ». Toutefois, l'article A. 132-4-1 du code des assurances précise, pour les contrats exprimés en unités de compte, qu'il n'existe pas de valeur de rachat ou de transfert exprimée en euros ou en devises.

- L'indication des frais et indemnités de toute nature prélevés par l'assureur ainsi que les frais et indemnités pouvant être appliqués aux contrats investis en unités de compte. Une distinction doit être faite entre :

- “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. 331-5 du code des assurances ;

- “autres frais” : montant ou pourcentage maximum des frais et indemnités non mentionnés aux trois alinéas précédents.

- La mention : « *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 auprès de son assureur.* »

- Les modalités de désignation des bénéficiaires.

- La mention : « *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).* »

- La mention que l'entreprise d'assurances s'engage uniquement sur le nombre d'unités de compte, non sur leur valeur, et que la valeur de ces unités de compte n'est pas garantie mais sujette à des fluctuations à la hausse comme à la baisse liées aux marchés boursiers.

EN COURS DE CONTRAT

(article L. 132-22 du code des assurances)

Pour la plupart des contrats d'assurance vie, l'entreprise d'assurances communique chaque année :

- le montant de la valeur de rachat ou, pour les contrats liés à la cessation d'activité professionnelle, de transfert ; le cas échéant, le montant de la valeur de réduction de son contrat ;

- le montant des capitaux garantis ;

- la prime du contrat ;

- le rendement garanti et la participation aux bénéfices techniques et financiers de son contrat ;

- le taux moyen de rendement des actifs détenus en représentation des engagements au titre des contrats de même catégorie ; et, pour les contrats dont les garanties sont exprimées en unités de compte, les valeurs de ces unités de compte, leur évolution annuelle à compter de la souscription du contrat et les modifications significatives affectant chaque unité de compte ;

- pour les contrats en unités de compte, la valeur de celles-ci et leur évolution annuelle depuis la souscription.

Information spécifique aux assurances de groupe en cas de modification du contrat

Selon l'ancien article L. 140-4 du code des assurances (loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989), dans une assurance de groupe, le souscripteur est tenu d'informer par écrit les adhérents des modifications qu'il est prévu le cas échéant d'apporter à leurs droits et obligations. Ce qui signifie que les modifications contractuelles intervenues entre le souscripteur et l'assureur sans que l'adhérent en ait été informé par écrit ne lui sont pas opposables¹. L'adhérent peut être informé par divers procédés (lettre recommandée avec accusé de réception par exemple) dont il revient à l'assureur de rapporter la preuve. Aussi, il convient de préciser que, suite à la loi du 15 décembre 2005, l'article L. 141-4 du code des assurances prévoit que, pour qu'elles soient opposables à l'adhérent, le souscripteur doit désormais l'informer par écrit des modifications apportées à ses droits et obligations trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

COMMENT RÉDIGER LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE ?

La rédaction de la clause bénéficiaire

Nous insistons sur le point que l'existence d'une clause bénéficiaire est très importante : à défaut, le bénéficiaire est l'assuré et, en cas de décès, le capital retombe dans la succession (sans avantage fiscal, cf. article L. 132-11 du code des assurances) ; d'où l'intérêt d'insérer systématiquement la mention « *à défaut mes héritiers* » en fin de clause. Même si dans la plupart des cas les conseillers en assurance vie ont une bonne connaissance du fonctionnement de ces clauses, encore faut-il avoir conscience de l'incidence de la mauvaise rédaction d'une clause. **En conséquence, la clause bénéficiaire doit être rédigée avec soin.** Le recours à un professionnel du droit (notaire, avocat spécialisé) peut donc être très utile.

De façon générale, il convient d'être le plus précis possible quant à la désignation des bénéficiaires (noms, prénoms, adresses, liens de parenté éventuels, et plus largement tout élément per-

mettant d'identifier le ou les bénéficiaires) et de veiller à mettre à jour ces informations. Une clause bénéficiaire imprécise, incomplète ou erronée ne permettra pas à l'assureur de retrouver le bénéficiaire le moment venu (dans dix, quinze, vingt ans par exemple). Il arrive parfois qu'il n'y ait plus de bénéficiaire (contrat “en déshérence”) ou, plus fréquemment, que l'assureur ne le retrouve pas (contrat “non réclamé”, voir p. 1x).

Le bénéficiaire en cas de décès est la personne désignée par le souscripteur (assuré) pour recevoir le capital garanti par le contrat au moment du décès.

Aux termes de l'article L. 132-8 du code des assurances, le bénéficiaire doit être déterminé ou déterminable lors de l'exigibilité de la prestation : « *Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés la stipulation par laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à une ou plusieurs personnes qui, sans être nommément désignés, sont suffisamment définies dans cette*

¹ Voir rapport 2005 de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, pages 36 et suivantes.

stipulation pour pouvoir être identifiés au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis.» De plus, l'article L. 132-9 du même code précise que «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». Ainsi, une multitude de clauses peuvent être prévues : «mon conjoint», «mes héritiers», «M^{me} A», etc. Sans prétendre être exhaustif, des clauses diverses et variées pouvant être imaginées, il convient de décrypter les principales.

- **La clause comportant «mon conjoint»**

Lorsque l'on vise la qualité d'un bénéficiaire comme «mon conjoint», il s'agit de la qualité au jour du dénouement du contrat, c'est-à-dire au décès. Sera donc le bénéficiaire de l'assurance vie le conjoint au jour du décès du souscripteur. Si les époux ont divorcé, le conjoint perd sa qualité. La dérogation à ce principe est l'indication du nom du conjoint, par exemple : «mon conjoint Marie». En effet, dans ce dernier cas, c'est une personne déterminée qui est visée et non la qualité d'une personne.

- **La clause comportant «mes enfants nés ou à naître»**

Sont visés les enfants nés viables. De plus, sauf clause contraire («mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés»), le mécanisme de la représentation n'est pas applicable en matière de clause bénéficiaire, d'où l'intérêt de prévoir le sort de la part d'un bénéficiaire prédécédé. En effet, la jurisprudence de la Cour de cassation (10 juin 1992, Marquois c/ Pineau et Crama, pourvoi n° 90-20262) a énoncé que, si le bénéficiaire désigné décède avant d'avoir accepté, la prestation garantie revient aux autres bénéficiaires désignés. Ainsi, le mécanisme de la représentation du droit successoral ne s'applique pas aux contrats d'assurance vie. Donc, si un souscripteur a eu trois enfants mais que seulement deux sont vivants au moment de son décès, seul les deux enfants survivants se partageront le capital à l'exception des petits-enfants éventuels.

- **La clause comportant «mes héritiers»**

L'héritier va toucher le capital hors succession. La référence successorale ne sert que pour identifier le bénéficiaire. L'article L. 132-8 du code des assurances ne précise pas la qualité de l'héritier; la jurisprudence l'a fait, à l'occasion d'un arrêt du 4 avril 1978 de la Cour de cassation (pourvoi n° 76-12 085). À cette occasion a été précisé que la qualité d'héritier doit être entendue dans un sens large et donc qu'elle comprend tous les successeurs universels, ce qui aboutit à ce que le capital revienne aux seuls héritiers universels, comme les enfants par exemple. L'absence d'héritier au moment du décès entraînera la déshérence du contrat.

- **La clause comportant «M^{me} A, M. B, M^{lle} C à parts égales»**

En cas de décès de M^{me} A, sa part est partagée entre les bénéficiaires désignés survivants, c'est-à-dire M. B et M^{lle} C.

Il est très important de veiller à la clarté de la clause bénéficiaire et d'avoir à l'esprit que chaque mot, chaque virgule compte. Rien ne doit être laissé au hasard pour que l'attribution du capital corresponde exactement à la volonté du souscripteur.

Il est donc recommandé, par exemple lorsque l'on souhaite protéger sa famille, d'indiquer la clause suivante : «mon conjoint, à défaut mes enfants vivants ou représentés, à défaut mes héritiers».

Peut-on changer librement de clause bénéficiaire ?

Le choix du bénéficiaire est un droit de l'assuré. Ce choix s'effectue lors de la souscription du contrat et peut être modifié à tout moment (courrier simple à l'assureur, changement de la clause déposée chez le notaire) à condition toutefois que le bénéficiaire n'ait pas manifesté son acceptation du contrat auprès de l'assureur (article L. 132-8 du code des assurances). Si le bénéficiaire a accepté le contrat, l'assuré devra obtenir son accord pour modifier la clause.

LES OPÉRATIONS SUR LE CONTRAT

Les versements : unique, libres ou programmés

Les contrats peuvent présenter trois types de versements.

Les versements libres

Ce sont les versements les plus répandus, et à juste titre puisque l'assuré peut épargner selon ses facultés.

L'assuré verse le montant souhaité à l'ouverture, et ensuite à la date de son choix, tout en respectant le minimum imposé par chaque contrat (exemple : à l'ouverture un premier versement minimum de 100 €, qui peut être complété par la suite de versements libres d'un montant minimum de 30 €).

Les versements programmés

L'assuré peut aussi programmer ses versements pour s'imposer un effort d'épargne : il choisit la périodicité et le montant du prélèvement automatique.

Le contrat reste souple, car l'assuré peut modifier, supprimer, reprendre ses versements à n'importe quel moment (sans frais ni pénalités pour la plupart des contrats).

Le versement unique

Le contrat est conclu par le versement d'une prime unique, il ne pourra pas y avoir d'autres versements ultérieurs.

À l'origine, l'absence de souplesse de ces contrats était contrebalancée par des frais à l'ouverture plus faibles et/ou par un ren-

dement de l'épargne plus élevé (l'assureur détenant, dès la souscription, une somme importante qu'il peut placer en diversifiant ses actifs).

Ces avantages se vérifient de moins en moins aujourd'hui.

Le rachat : total ou partiel

Le souscripteur et uniquement lui (sauf si le bénéficiaire a accepté le contrat) peut demander qu'une partie (rachat partiel) ou la totalité (rachat total mettant fin au contrat) de la provision mathématique lui soit versée avant ou après le terme du contrat. Cela signifie que les créanciers ne peuvent pas exercer le rachat à la place de l'assuré. Le retrait des fonds est définitif.

Les contrats d'assurances temporaires en cas de décès, les rentes viagères immédiates ou en cours, les capitaux ou rentes de survie, les assurances en cas de vie sans contre-assurance et les rentes viagères sans contre-assurance ne disposent pas de valeur de rachat. Ce sont des contrats à fonds perdu.

Selon les dispositions de l'article L. 132-23 du code des assurances, pour pouvoir racheter, il faut qu'au moins 15 % des primes prévues au contrat ou deux cotisations annuelles aient été réglées. Mais rien ne s'oppose à ce que le contrat propose des conditions plus favorables.

Si les conditions sont réunies, l'assureur ne peut pas s'opposer à la demande de rachat.

Le montant du rachat total est égal au montant des provisions mathématiques.

Cependant, l'assureur dispose de la faculté d'introduire une pénalité qui ne peut excéder, durant les dix premières années du contrat, 5 % de la provision mathématique (article R. 331-5 du code des assurances). Après dix ans, les pénalités sont interdites.

Les contrats à prime unique peuvent bénéficier de cette faculté de rachat dès la fin de la première année, et cela sans pénalités.

La valeur de rachat est soumise à certaines obligations en matière d'information, que nous verrons dans le point suivant.

Avant de souscrire, il est souhaitable de vérifier l'absence de pénalités en cas de rachat. Ce type de retrait paraît intéressant lorsque l'assuré/bénéficiaire a un besoin durable de liquidités ou si le contrat a perdu tout intérêt (par exemple en cas de décès du bénéficiaire...).

Le nantissement

La faculté de rachat dont dispose l'assuré lui permet également de nantir ou de mettre en gage son contrat d'assurance vie. Il peut être utile à l'assuré, pour éviter la prise d'une assurance décès ou invalidité, de mettre en gage ou de nantir son contrat pour garantir un emprunt par exemple. Cette opération permet

de transmettre la faculté de rachat au banquier en cas de défaillance de l'assuré.

L'avance

L'avance permet au souscripteur de bénéficier momentanément, en cours de contrat, d'une partie de la provision mathématique (dans la limite de la valeur de rachat, article L. 132-21 du code des assurances) sans que le fonctionnement du contrat ne soit modifié. Il convient de préciser que seul le souscripteur a la faculté de demander une avance, et que l'accord du bénéficiaire acceptant pourra être exigé par l'assureur.

L'avance est définie par la jurisprudence (Cass. civ. I, 2 décembre 2003, pourvoi n° 01-15 780) comme une mise à disposition de fonds investis moyennant le versement d'un intérêt; elle s'analyse comme un prêt à intérêt au sens de l'article 1905 du code civil. Le taux d'intérêt est généralement élevé mais le système est accompagné d'un avantage fiscal².

Il s'agit d'une sorte de crédit³ devant être remboursé rapidement, que l'assureur a la faculté d'accepter ou de refuser (article L. 132-21 alinéa 3 du code des assurances).

Les assureurs fixent en général des planchers pour le montant de l'avance (5 000 € par exemple).

LA GARANTIE DES TAUX

Le contrat individuel

Un taux de rendement peut être garanti. Les assureurs sont autorisés réglementairement à garantir ces taux techniques, mais qui restent peu élevés, et cela pour éviter des surenchères dangereuses entre assureurs. Les taux sont limités réglementairement. La contrepartie de cette disposition est l'obligation pour les assureurs de reverser aux assurés 90 % de leurs bénéfices techniques (nombre de sinistres par rapport aux primes) et 85 % de leurs bénéfices financiers. Ces taux sont établis d'après la moyenne des taux d'emprunt de l'État français (TME). Au terme de la réforme technique de l'assurance vie (arrêtés du 19 mars 1993 notamment, entrés en vigueur le 1^{er} juin 1995 et complétés par l'arrêt du 2 janvier 1998), deux types de taux subsistent.

1) Le taux d'intérêts technique (article A. 132-1 du code des assurances) s'appliquant pour :

- les contrats à versements libres, en fonction des règles en vigueur à chaque versement ;
- les contrats à primes périodiques, en fonction du taux en vigueur au moment de la souscription.

2) Le taux de rendement garanti (articles A. 132-2 et 132-3 du code des assurances) : l'assureur peut garantir un taux minimum de rendement intégrant à la fois des intérêts techniques et la participation aux bénéfices. Il peut s'agir du taux minimum fixé annuellement pour l'année suivante ou encore du taux minimum garanti lié à une référence de marché.

Ce taux peut être fixé annuellement pour l'année suivante ou garanti pour une durée de huit ans (voir le tableau en page suivante).

Conseil : la recherche du taux garanti le plus élevé n'est pas systématiquement un gage de rendement important à terme, au contraire. L'expérience montre que ce ne sont pas les sociétés d'assurances qui promettent le plus qui offrent, à la fin de chaque exercice, le meilleur rendement.

Les sociétés moins liées par des engagements, c'est-à-dire des placements à rendement fixe, sont plus libres dans leurs choix d'investissement, donc mieux à même de saisir les opportunités du marché.

Le contrat de groupe

Devez-vous subir les modifications apportées au contrat d'assurance par le souscripteur du contrat? La réponse à cette question dépend de la date à laquelle a eu lieu la modification.

Avant le 1^{er} juin 1990, date d'entrée en vigueur de la loi du 31 décembre 1989, les modifications apportées à un contrat d'assurance de groupe ne sont pas opposables à l'adhérent sauf si ce dernier y a expressément consenti. La Cour de cassation l'a rappelé à l'occasion d'une affaire dans laquelle un assureur avait modifié les taux servant au calcul d'une retraite complémentaire⁴. L'assureur avait pris le soin, conformément au nouvel article L. 141-4 du code des assurances, d'informer par écrit l'as-

² Bien que l'administration fiscale ne se soit pas prononcée officiellement sur le traitement des avances en matière d'impôt de solidarité sur la fortune (ISF), l'inscription de l'avance au passif de l'ISF est admise à condition de fournir tous les justificatifs à la déclaration ou d'obtenir l'accord exprès des services fiscaux.

³ D'après une recommandation du 11 mars 1995 du Groupement des assurances de personnes, afin d'éviter la dénaturation des contrats, « l'avance doit avoir un caractère exceptionnel, elle ne doit donc pas être programmée ou revêtir un caractère systématique. L'avance en cours ne peut pas être imputée sur les provisions mathématiques [...]. Le montant de l'avance ne doit pas dépasser 80 % du montant de la provision mathématique pour les contrats en euros et 60 % pour les contrats en unités de compte [...]. L'avance est consentie pour une durée qui ne peut excéder trois années renouvelables par tacite reconduction [...]. En ce qui concerne les contrats en euros, ce taux d'intérêt doit en outre être au moins égal au taux de rémunération du contrat majoré du taux des frais de gestion du contrat et de la rémunération normale de l'assureur [...] ».

⁴ Cass. civ. I, 24 février 2004, RGDA, 2004, n° 2, p. 488.

suré de la modification. Or, pour censurer la motivation de la cour d'appel, les magistrats de la Cour de cassation ont considéré que la modification du contrat d'assurance de groupe, étant intervenue avant l'entrée en vigueur de la loi, n'est pas opposable à l'assuré en l'absence de son consentement. En effet, la loi n'étant pas rétroactive, ses dispositions ne peuvent avoir d'effet que pour l'avenir.

Depuis l'entrée en vigueur de l'article L. 141-4 du code des assurances⁵, en cas de modification du contrat d'assurance de groupe, le souscripteur est seulement tenu d'informer les ad-

hérents par écrit des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Les adhérents ont alors deux possibilités. Soit ils acceptent la modification – ce qui a pour conséquence de la leur rendre pleinement opposable –, soit ils la refusent. Dans ce cas, l'adhérent est contraint à sortir du groupe en mettant fin à son adhésion.

Taux d'intérêt garanti en assurance vie et capitalisation

Situation à partir du 1^{er} janvier 1998 (arrêté du 2 janvier 1998)

Caractéristiques du contrat	Taux minimal garanti ^a	
	Durée inférieure ou égale à huit ans	Durée supérieure à huit ans
À prime unique	75 % du TME ^b ; ou 4 %	60 % du TME ^b ; ou 3,25 %
À primes périodiques	60 % du TME ^b ; ou 3,25 %	60 % du TME ^b ; ou 3,25 %
À capital variable	60 % du TME ^b ; ou 3,25 %	60 % du TME ^b ; ou 3,25 %
Libellé en devises étrangères	75 % du taux moyen des emprunts d'État à long terme du pays de la devise concernée ^c sur base semestrielle; ou 4 %	Inférieur ou égal au plafond établi par les réglementations en vigueur dans le pays de la devise sans excéder 60 % du taux défini ci-contre; ou 3,25 %
Libellé en euros	75 % du taux moyen des emprunts de l'État français libellés en euros sur base semestrielle; ou 4 %	60 % du TME libellé en euros; ou 3,25 %

^a Taux de base ne comprenant pas la participation aux bénéfices ni la prime de fidélité.

^b Taux moyen des emprunts d'État français calculés sur une base semestrielle, soit le plus élevé des taux suivants : taux à l'émission et taux de rendement sur le marché secondaire.

^c À défaut, les 75 % de la référence de taux à long terme pertinente pour la devise concernée et équivalente à la référence retenue pour l'euro.

LA RESTITUTION DU CAPITAL

À l'assuré

Dans la majorité des cas, et heureusement, c'est l'assuré qui va récupérer le capital qu'il a constitué. Au terme du contrat, l'assureur est tenu de verser à l'assuré le capital devenu exigible. Il revient alors à l'assuré de demander à l'assureur le versement des prestations conformément aux conditions prévues au contrat. Cette demande équivaut à un rachat. Lorsque le rachat est demandé, l'assureur a l'obligation de verser la valeur de rachat au souscripteur dans un délai maximum de deux mois suivant la date de la demande (article L. 132-21 du code des assurances).

À défaut, les sommes non versées produisent des intérêts au taux légal (2,95 % pour 2007) majoré de moitié pendant deux mois (4,425 %), puis doublé après ce délai (5,9 %).

Au bénéficiaire en cas de décès

Le principe en la matière est que l'assureur doit régler le capital dès que les pièces justificatives nécessaires lui ont été transmises.

L'assureur peut prévoir dans le contrat un délai compris entre 15 et 30 jours pour le règlement au bénéficiaire. Mais attention, le délai ne débute qu'à compter du jour de réception du dossier complet chez l'assureur. Ce délai permet à l'assureur de vérifier l'existence et l'étendue de sa dette à l'égard du bénéficiaire. Voici une liste de documents que l'assureur peut exiger pour la constitution du dossier :

- l'extrait d'acte de décès;
- une pièce officielle prouvant l'identité du bénéficiaire (et éventuellement un extrait d'acte de naissance);
- les pièces justificatives de la qualité du ou des bénéficiaires (acte notarié de dévolution successorale, testament, clause déposée chez le notaire, livret de famille);
- le certificat sur l'honneur concernant l'utilisation de l'abattement fiscal pour les capitaux versés sur le contrat par l'assuré avant son 70^e anniversaire, ou le certificat d'acquiescement ou de non-exigibilité des droits de succession délivré par le comptable des impôts en cas de versements effectués par l'assuré sur son contrat après le 70^e anniversaire;

⁵ Modifié par la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005.

– le rapport de police ou de gendarmerie si le décès résulte d'un accident.

Si l'assureur n'a pas effectué son règlement au terme du délai évoqué, le bénéficiaire doit le mettre en demeure. Il sera alors en droit de lui réclamer le versement d'intérêts. **Ces intérêts sont dus pour le retard dans le paiement du capital à compter de la mise en demeure, et jusqu'au paiement effectif.**

Les contrats non réclamés

Il s'agit des contrats qui n'ont pas trouvé de destinataires faute d'avoir été réclamés par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le contrat d'assurance vie. Nous n'aborderons pas les contrats en état de "déshérence" en raison de l'absence d'héritier (lorsque la clause bénéficiaire stipule «mes héritiers»), leur nombre étant en effet marginal.

Depuis la loi du 15 décembre 2005, l'assureur a l'obligation de rechercher le bénéficiaire désigné sur le contrat, à **condition** d'une part que les coordonnées du bénéficiaire soient mentionnées dans le contrat et, d'autre part, que l'assureur soit informé

du décès de l'assuré (article L. 132-8 du code des assurances). La nouvelle loi a également instauré la possibilité pour toute personne de demander si elle est le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie. Chacun a donc la possibilité de demander, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée à un organisme représentatif des entreprises d'assurance (Agira⁶), s'il est bénéficiaire d'un contrat – à condition d'apporter la preuve du décès de la personne souscriptrice du contrat éventuel (article L. 132-9-2 du code des assurances).

Enfin, depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2007, les contrats non réclamés pendant trente ans sont attribués au fonds de réserve des retraites (articles 2262 du code civil et L. 114-1 du code des assurances).

Nicolas Tilmant-Tatischeff

⁶ Écrire à : Agira – Recherche des bénéficiaires en cas de décès – 1, rue Jules-Lefebvre – 75431 Paris cedex 09. Pour être recevable, la demande doit comporter : noms, prénoms et adresses du ou des bénéficiaires potentiels; noms, prénoms, dates de naissance et de décès du ou des défunts; copie de l'acte ou du certificat de décès. Une lettre type est disponible à l'adresse <www.conso.net/infos-pratiques.htm>.