

ASSOCIATION FRANCAISE DE L'ASSURANCE

**RECUEIL DES ENGAGEMENTS
A CARACTERE DEONTOLOGIQUE
DES ENTREPRISES D'ASSURANCE
MEMBRES DE LA FFSA OU DU GEMA**

1^{er} janvier 2012

AVANT PROPOS

Pour l'établissement du présent recueil, il a été considéré que relèvent seuls de la déontologie professionnelle les engagements dont l'application est obligatoire pour les entreprises d'assurance et qui visent à garantir aux particuliers un certain niveau dans l'information qui leur est donnée, dans les caractéristiques des produits qui leur sont proposés ou dans les conditions dans lesquelles leurs demandes et dossiers sont traités. En ont en revanche été écartées toutes les dispositions qui n'ont qu'une valeur indicative ou de recommandation, qui ont un caractère plus technique que déontologique ou qui ne concernent que les relations des entreprises d'assurance entre elles ou avec les intermédiaires d'assurance.

L'expérience dans l'application de ces engagements, dont certains ont été adoptés il y a une vingtaine d'années et ajustés depuis, comme l'évolution permanente des produits proposés et de l'environnement législatif, impliquent que le présent recueil soit modifié et complété en permanence. La satisfaction des assurés et l'amélioration de l'image de la profession devraient être pour cette dernière la juste contrepartie des efforts qu'elle a consentis depuis de nombreuses années pour développer la déontologie.

Gérard Andreck
Président de l'AFA
Président du GEMA

Bernard Spitz
Vice-Président de l'AFA
Président de la FFSA

LISTE DES ENGAGEMENTS

Engagements concernant l'ensemble des assureurs

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | Engagement sur la mise en place de dispositifs de médiation..... | 2 |
| 2 | Engagement de désigner une personne chargée de vérifier le respect des règles de déontologie retenues par l'AFA..... | 3 |

Engagements concernant les assureurs de biens et de responsabilité

- | | | |
|---|--|---|
| 3 | Engagement relatif à l'assurance de protection juridique | 4 |
| 4 | Engagement sur le traitement des résiliations dans les contrats d'assurance automobile et les contrats multirisques-habitation | 7 |

Engagements concernant l'ensemble des assureurs de personnes

- | | | |
|---|---|----|
| 5 | Engagement portant code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou de l'exécution d'un contrat d'assurance | 9 |
| 6 | Engagement relatif à la commercialisation des assurances de personnes | 10 |

Assureurs vie et capitalisation

- | | | |
|----|--|----|
| 7 | Engagement relatif aux contrats en UC , y compris ceux reposant sur des actifs dédiés fermés | 14 |
| 8 | Engagement relatif à l'utilisation des avances sur contrat | 16 |
| 9 | Engagement relatif à la terminologie des contrats emprunteurs | 18 |
| 10 | Engagement relatif à la communication des taux de rendement des supports en euros des contrats d'assurance vie et de capitalisation..... | 20 |
| 11 | Engagement relatif aux contrats d'assurance vie | 21 |
| 12 | Engagement sur l'information des notaires par les assureurs | 23 |
| 13 | Engagement relatif aux contrats d'assurance vie et aux contrats de capitalisation souscrits par des personnes morales | 25 |
| 14 | Engagement visant à prévenir l'existence de contrats d'assurance vie non réclamés..... | 26 |

ENGAGEMENT SUR LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE MEDIATION

Approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 15 décembre 2009 et par la Commission exécutive du GEMA le 11 juin 2009, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

En 1989 au GEMA et en 1993 à la FFSA, deux dispositifs de médiation ont été respectivement mis en place par les entreprises d'assurance membres.

A noter que la loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 a introduit dans le Code des assurances un article L112-2 qui fait obligation à l'assureur de préciser dans les documents d'information qui sont remis au preneur d'assurance les modalités d'examen des réclamations ainsi que l'existence de l'instance chargée de cet examen et à laquelle il appartiendra, en cas de persistance du conflit, de communiquer au requérant les coordonnées du médiateur. Le présent engagement a pour objet de fixer les règles minimales applicables en matière de médiation.

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA doivent mettre en place un dispositif de médiation ouvert à leurs assurés et qui satisfait au moins aux exigences suivantes :

- les médiateurs doivent être indépendants des entreprises d'assurance pour lesquelles ils interviennent et doivent exercer leur mission en toute indépendance ;
- les entreprises d'assurance doivent s'efforcer de répondre rapidement aux demandes d'informations et de documents émanant des médiateurs dans le cadre des dossiers dont ils sont saisis ;
- tout assuré au titre des risques du particulier a droit d'accéder gratuitement au médiateur compétent en fonction de l'entreprise d'assurance qui le garantit. Ce droit n'est toutefois acquis qu'après qu'il a épuisé les procédures de traitement des réclamations internes à l'entreprise ;
- l'engagement d'une procédure de médiation par l'assuré ou avec son accord entraîne suspension automatique des délais de prescription en cours jusqu'au rendu de l'avis du médiateur. A l'issue de la médiation, l'assuré conserve tous ses droits à l'introduction d'une éventuelle action contentieuse.

ENGAGEMENT DE DESIGNER UNE PERSONNE CHARGÉE DE VERIFIER LE RESPECT DES REGLES DE DEONTOLOGIE RETENUES PAR L'AFA

Approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 24 juin 2003 et par la Commission exécutive du GEMA le 14 mai 2009, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Consciente que la crédibilité des engagements souscrits en leur sein dépend de leur effective application par leurs membres, la FFSA et le GEMA ont adopté cet engagement qui fait obligation aux entreprises d'assurance de désigner une personne chargée de veiller à leur respect.

Chaque entreprise membre de la FFSA ou du GEMA et exerçant dans une catégorie d'assurance concernée par l'un ou par plusieurs des engagements professionnels à caractère déontologique devra nommer une ou plusieurs personnes chargées de vérifier le respect de l'ensemble des règles de déontologie réunies dans le présent recueil.

ENGAGEMENT RELATIF A L'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE

Approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2005 et par la Commission exécutive du GEMA du 14 mai 2009, le présent engagement a été aménagé en décembre 2011 pour prendre en compte les dispositions de la loi du 19 février 2007 portant réforme de l'assurance de protection juridique. Cette nouvelle version a été adoptée par l'Assemblée Générale de la FFSA le 20 décembre 2011 et par la Commission Exécutive du GEMA le 10 novembre 2011.

Le présent engagement a pour objet de favoriser le développement de la protection juridique par une amélioration de l'information des assurés et une meilleure prise en compte des attentes des consommateurs.

1 Communication sur le contrat

- L'assureur s'engage à adopter un vocabulaire spécifique au contrat de protection juridique afin de répondre aux besoins de l'assuré en matière de transparence et de compréhension des garanties offertes :
 - La DPRSA : garantie défense pénale et recours suite à accident :
Elle prend en charge la défense pénale et le recours de droit commun en vue d'obtenir la réparation d'un préjudice personnel de l'assuré, suite à accident. Par exception, la défense pénale peut intervenir en dehors de tout accident, par exemple en cas d'excès de vitesse de l'assuré.
 - La protection juridique segmentée :
Il s'agit de la garantie couvrant un domaine d'intervention bien déterminé. Cette garantie est précisément dénommée par son champ d'intervention, par exemple PJ domaine santé ou encore PJ domaines habitation et consommation.
 - La protection juridique générale :
Il s'agit de la garantie la plus étendue, proposée par un contrat dans lequel l'assureur définit précisément l'étendue des garanties.
Elle est le cumul de tout ou d'une grande partie des protections juridiques segmentées et couvre la plupart des litiges de la vie quotidienne. Elle peut également comprendre la DPRSA.

Les garanties d'assurance de protection juridique segmentée ou générale peuvent être proposées, soit dans un contrat support, soit dans un contrat autonome.

- L'assureur de protection juridique s'engage à donner toutes informations utiles sur le contrat d'assurance à l'assuré : les informations portent notamment sur les modalités de déclenchement de la garantie, les montants de prise en charge des frais et honoraires, le plafond global de garantie, la résiliation du contrat.
- L'assureur s'engage à distinguer dans l'avis d'échéance d'un contrat support la prime correspondant aux garanties de protection juridique.
- L'assureur s'engage à indiquer, dès la souscription, les coordonnées de la société spécialisée ou du service distinct en charge de la gestion des litiges.
- L'assureur s'engage à informer l'assuré de l'existence de la prescription biennale, de son point de départ et des causes d'interruption prévues aux articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances.

2 Frais engagés avant la déclaration de sinistre

L'assureur de protection juridique s'engage à prendre en charge, dans les limites contractuelles, les frais engagés par l'assuré antérieurement à la déclaration de sinistre lorsque l'assuré peut justifier d'une urgence à les avoir engagés*.

3 Information et conseil

L'assureur de protection juridique s'engage, dans le cadre des garanties offertes par le contrat, à mettre en oeuvre dans les meilleurs délais, les moyens amiables ou judiciaires permettant à l'assuré d'obtenir la solution la plus satisfaisante à son litige.

4 Résolution des conflits

L'assureur s'engage à rappeler les dispositions de l'article L.127-4 du Code des assurances en cas de désaccord entre lui-même et l'assuré au sujet des mesures à prendre pour régler un différend.

L'assureur s'engage en outre à simplifier la gestion de ce désaccord en s'en remettant au choix de l'assuré pour la désignation de la tierce personne à consulter dans la mesure où cette dernière est habilitée à donner des conseils juridiques. Il s'engage également à accepter, si l'assuré en est d'accord, la solution retenue par cette tierce personne sur les mesures à prendre pour régler le litige.

La consultation de cette tierce personne sera prise en charge par l'assureur dans la limite du plafond d'honoraires fixé au contrat.

5 Libre choix de l'avocat

Le principe du libre choix de l'avocat doit être énoncé dans tous les contrats d'assurance protection juridique*.

L'assureur s'engage à ce que cette liberté de choix soit également rappelée lorsqu'il est fait appel à un avocat dans les circonstances prévues à l'article L.127-1 du Code des assurances ou en cas de conflit d'intérêt entre l'assuré et l'assureur.

L'assureur de protection juridique s'engage, dans le cas où l'assuré n'a pas connaissance d'un avocat susceptible d'intervenir dans la défense de ses intérêts, et à sa demande écrite*, à mettre à sa disposition les coordonnées d'un avocat

6 Procédure contentieuse

L'assureur s'engage à rappeler dans le contrat d'assurance de protection juridique que la direction du procès appartient à l'assuré conseillé par son avocat.

Durant cette procédure, l'assureur reste à la disposition de l'assuré ou de son avocat pour leur apporter l'assistance dont ils auraient besoin.

7 Rémunération de l'avocat

L'assureur s'engage à faire apparaître dans le contrat, de façon explicite, les conditions et éventuelles limitations relatives à la prise en charge des honoraires d'avocat selon le type d'intervention ou le type de juridiction saisie ; il s'engage à les rappeler à l'assuré lorsqu'il est fait appel à un avocat, et si l'assuré le demande à les communiquer à l'avocat.

8 Règlement direct

En présence d'une délégation d'honoraires consentie par l'assuré à l'avocat et permettant à celui-ci de s'adresser directement à l'assureur pour le paiement de ses frais et honoraires, l'assureur s'engage à régler directement l'avocat à concurrence du plafond contractuel. Cette délégation d'honoraires s'entendra hors taxes si l'assuré récupère la TVA et TTC dans le cas contraire.

Dans le cas où l'assuré a lui-même fait l'avance des honoraires et/ou frais, le remboursement incombant à l'assureur interviendra à la première demande et dans les plus brefs délais.

9 Rappel concernant les remboursements des frais et honoraires

Toute somme obtenue en remboursement des frais et honoraires exposés pour la solution d'un litige bénéficie prioritairement à l'assuré à due concurrence des dépenses dûment justifiées qui resteraient à sa charge*.

10 Principe de subsidiarité entre aide juridictionnelle et assurance de protection juridique

En application de l'article 2 de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, tel que modifié par l'article 5 de la loi n° 2007-210 du 19 février 2007, qui énonce le principe selon lequel « *l'aide juridictionnelle n'est pas accordée lorsque les frais couverts par cette aide sont pris en charge au titre d'un contrat d'assurance de protection juridique ou d'un système de protection* », l'assureur s'engage à mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose afin de rendre effectif ce principe, en particulier en renseignant le formulaire visé à l'article 34 9° du décret 91-1266 du 19 décembre 1991 portant application de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique.

Ces engagements sont d'application immédiate et se substituent aux dispositions contractuelles moins favorables aux assurés.

* Ces principes sont à présent repris dans le Code des assurances.

ENGAGEMENT SUR LE TRAITEMENT DES RESILIATIONS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE AUTOMOBILE ET LES CONTRATS MULTIRISQUES-HABITATION

Approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 23 juin 2009 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mars 2009, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le présent engagement a pour objet de répondre à la préoccupation exprimée par les pouvoirs publics concernant les difficultés ponctuelles de paiement rencontrées par certains particuliers concernant leurs cotisations d'assurance automobile et multirisques-habitation.

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent, concernant les résiliations pour non paiement par des particuliers de leurs cotisations pour les contrats d'assurance automobile et multirisques-habitation à respecter les règles et bonnes pratiques suivantes.

1 Traitement des résiliations pour non paiement de la cotisation

Il est rappelé que l'article L. 113-3 du Code des assurances permet à l'assureur, à partir de l'échéance en cas de défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation :

- d'envoyer à l'assuré 10 jours après l'échéance une lettre recommandée de mise en demeure annonçant la suspension de la garantie ;
- de suspendre la garantie 30 jours après envoi de la lettre de mise en demeure ;
- de résilier le contrat 10 jours après le délai précité de 30 jours tout en maintenant l'obligation de payer la cotisation et en engageant éventuellement une procédure de recouvrement.

Le contrat suspendu mais non résilié reprend ses effets pour l'avenir le lendemain du paiement de la cotisation ou de la fraction de la cotisation. La période de suspension n'est jamais couverte par la garantie.

1.1 Lettre simple de relance

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent en cas de non paiement à informer les assurés par lettre simple sur les conséquences de ce non paiement. Toutefois cette obligation tombe lorsque les retards dans les paiements sont répétitifs.

1.2 Lettre recommandée

La lettre recommandée ayant pour objet l'annonce de la suspension de la garantie 30 jours plus tard et, le cas échéant la résiliation du contrat, est envoyée au plus tôt 30 jours après l'échéance au lieu des 10 jours légaux.

1.3 Remise en vigueur de la garantie en cas de paiement tardif

Le paiement intégral et tardif de la cotisation arriérée après résiliation mais avant déclenchement de la procédure de recouvrement entraîne le rétablissement de la garantie le lendemain midi du paiement de la cotisation jusqu'à l'échéance du contrat initial. Cela laisse subsister le droit de résiliation du contrat à l'échéance par l'entreprise d'assurance.

1.4 Pénalité en cas de mise en œuvre de la procédure de recouvrement

Le contrat doit expliciter clairement qu'en cas de refus de paiement de la cotisation, que son règlement soit global ou fractionné, celle-ci est définitivement due à l'assureur pour la totalité de la période écoulée jusqu'au jour de la résiliation du contrat.

Si l'entreprise d'assurance entend en outre obtenir le versement d'une pénalité pour non respect de l'engagement contractuel, elle doit être mentionnée dans le contrat. Les assureurs s'engagent à ce que celle-ci ne soit pas supérieure à 6 mois de cotisation.

2 Bonnes pratiques

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent :

- à inviter régulièrement les assurés, notamment au moyen d'une communication adaptée, à vérifier que leurs déclarations de risques mobiliers et/ou immobiliers des contrats MRH sont toujours adaptées à la réalité de leur patrimoine ;
- à améliorer l'information donnée aux assurés sur les frais contractuels de gestion liés à des incidents de paiement ;
- à proposer à tous les demandeurs, au moment de la première souscription de contrats, ou à un autre moment de la relation, la possibilité d'adopter un mode de paiement fractionné.

**ENGAGEMENT PORTANT CODE DE BONNE CONDUITE
CONCERNANT LA COLLECTE ET L'UTILISATION DE DONNEES
RELATIVES A L'ETAT DE SANTE EN VUE DE LA SOUSCRIPTION
OU DE L'EXECUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE**

Faisant suite à un précédent engagement de 2000, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Un premier engagement avait été annexé à la convention passée en 1991 entre les pouvoirs publics, les associations représentatives des consommateurs et des malades, les banquiers et les assureurs pour permettre aux personnes séropositives de trouver des garanties d'assurance. Le présent engagement est plus large dans son objet que la convention dont il constitue l'annexe et concerne l'ensemble des opérations d'assurance de personnes nécessitant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé de l'assuré.

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à respecter le code de bonne conduite, de portée générale, annexé à la convention AERAS¹.

¹ disponible sur le site www.aeras-infos.fr

ENGAGEMENT RELATIF A LA COMMERCIALISATION DES ASSURANCES DE PERSONNES

Faisant suite à plusieurs autres engagements de 2008, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

La qualité des relations entre les entreprises d'assurances et les souscripteurs (les adhérents pour les assurances de groupe) est une préoccupation essentielle des sociétés. Cela est particulièrement vrai dans le domaine des assurances de personnes qui comprennent l'assurance sur la vie et la capitalisation, et les assurances maladie et accidents corporels. Dans ce secteur plus qu'en tout autre l'image donnée au public dépend pour une large part du contact qui s'établit entre le client et les entreprises par l'intermédiaire de leurs représentants, conseillers en assurance, quel que soit leur statut juridique, présentant au public des opérations d'assurance de personnes. C'est pourquoi, dès 1977, la profession avait conclu un accord avec les représentants des consommateurs. Aujourd'hui, les règles essentielles sont réunies dans le présent engagement qui s'applique aux entreprises et à leurs représentants.

Le présent engagement qui apporte des modifications suite aux évolutions législatives et notamment à l'obligation de formalisation du devoir de conseil, a pour objet d'organiser la qualité de la relation entre les assureurs de personnes et leurs clients.

Les conseillers en assurance de personnes doivent toujours garder à l'esprit que leur rôle est de rendre au public un service de qualité en observant notamment la discipline définie par la déontologie.

1 Dispositions générales

1.1 Présentation et comportement

Le conseiller en assurance de personnes :

- s'abstient de toute visite ou sollicitation manifestement inopportunes ;
- se présente et indique la société qu'il représente ;
- est particulièrement attentif à la réalité du besoin des souscripteurs ou des adhérents d'âge élevé ;
- veille, à tout moment de sa démarche, à la qualité du service qu'il rend et à ce que s'établisse une relation de confiance, dans la loyauté ;
- s'abstient de toute action de concurrence déloyale à l'encontre des entreprises d'assurance et de leur représentant, et de tout propos ou comportement qui pourrait nuire au crédit ou à la réputation des organismes publics ou privés de prévoyance, ou de retraite, ou à leurs représentants.

1.2 Entretien

1.2.1 Le conseiller en assurance de personnes

doit :

- aider son interlocuteur à analyser sa situation familiale, financière, et, le cas échéant, l'étendue de sa couverture sociale, et à préciser ses besoins et ses objectifs, afin d'être en mesure de lui proposer les garanties les mieux adaptées ;
- recueillir les renseignements relatifs à la situation du client et éventuellement aux caractéristiques du risque à assurer, qui seront pris en compte dans la recherche d'une solution appropriée ;

- identifier, en fonction des informations ainsi recueillies, le ou les contrat(s) qui peuvent à la fois répondre aux objectifs ou besoins du client et être compatibles avec les renseignements recueillis sur la situation de celui-ci.

ne doit pas :

- donner des conseils visant à faire abandonner un contrat en cours lorsqu'il est plus favorable de le maintenir, de le modifier ou de le compléter ;
- donner des conseils visant à faire transférer un contrat en cours sans qu'une analyse préalable des conséquences de ce transfert ait été faite avec lui ;
- faire résilier un contrat existant avant de s'être assuré de l'acceptation du client par le nouvel assureur, dans le cadre du nouveau contrat proposé.

1.2.2 Le conseiller en assurance vie et capitalisation

ne doit pas :

- faire de promesses inappropriées (délais et montants) concernant le rachat, les avances sur contrats ou l'évolution des garanties ;
- présenter des participations aux bénéficiaires en donnant comme acquis ce qui ne l'est pas encore ;
- présenter des hypothèses de revalorisations manifestement exagérées par rapport aux taux les plus récents.

1.2.3 Le conseiller en assurance maladie et accidents corporels

doit :

- préciser le mode d'évolution des garanties et des cotisations ;
- préciser les modalités de versement des cotisations et les conséquences de leur non paiement.

ne doit pas :

- laisser croire que la garantie est viagère si elle ne l'est pas.

1.3 Souscription, paiement des cotisations et suivi

Avant la conclusion d'un contrat, le conseiller en assurance de personnes fait un exposé clair des engagements du souscripteur ou de l'adhérent, de ceux de la société, et remet les documents nécessaires.

Il veille à ce que le niveau des cotisations reste dans la limite des capacités de paiement du souscripteur ou de l'adhérent eu égard à ses ressources, à ses charges et à son âge.

Si un questionnaire de santé doit être rempli, le conseiller en assurance de personnes attire l'attention du souscripteur ou de l'adhérent sur l'importance de la sincérité et de la précision des réponses apportées au questionnaire.

En assurance vie et capitalisation, il lui rappelle que le versement des cotisations n'est jamais obligatoire et lui explique les conséquences d'un arrêt de leur paiement.

En assurance maladie et accidents corporels, le conseiller rappelle au souscripteur les modalités de versement des cotisations et les conséquences de leur non-paiement.

Le conseiller en assurance de personnes veille à proposer aux clients les évolutions de garanties des contrats en fonction des besoins et possibilités qu'ils expriment.

2 Dispositions spécifiques

2.1 Concernant le Plan d'épargne retraite populaire (Perp)

Avant l'adhésion à un Perp, et afin d'écartier toute confusion avec d'autres produits, l'attention du client doit être attirée sur ses spécificités et notamment sur les trois points suivants :

- le Perp est un contrat lié à la cessation d'activité professionnelle, permettant le versement d'une rente viagère au moment de la liquidation des droits à un régime obligatoire, ou à l'âge fixé à l'article L.351-1 du code de la sécurité sociale ;
- le Perp ne comporte pas de faculté de rachat, sauf dans les cas exceptionnels prévus à l'article L.132-23 du code des assurances ;
- le contrat comporte une fiscalité particulière au regard de l'IRPP adaptée à son objet : les cotisations sont déductibles du revenu imposable sous conditions et les prestations (rente ou s'il y a lieu, capital) sont soumises à l'impôt sur le revenu.

Il doit également être indiqué à l'adhérent le mécanisme de l'enveloppe fiscale globale. Il convient de lui préciser qu'il doit être imposable à l'impôt sur le revenu pour bénéficier de la déduction fiscale du revenu net global de ses cotisations plan d'épargne retraite populaire, et qu'il sera tenu compte des cotisations versées l'année précédente au titre des contrats retraite article 83, Madelin ou Madelin agricole, ainsi que des sommes versées par l'entreprise ou le salarié au plan d'épargne retraite collectif (PERCO), pour déterminer son disponible fiscal au titre du plan d'épargne retraite populaire, de la Préfon et des contrats assimilés pour une année donnée.

Dans le cas d'un Perp diversifié ou d'un contrat en unités de compte, l'assureur s'engage à expliquer à l'adhérent le mécanisme de la sécurisation progressive de l'épargne ainsi que les modalités et les conséquences d'une dérogation à celui-ci, lorsqu'elle est prévue au contrat.

2.2 Concernant la transformation de contrats d'assurance vie ou de capitalisation en euros en contrats ou bons en unités de compte mentionnée à l'article 1^{er} de la loi de modernisation de l'économie du 26 juillet 2005

L'article 1^{er} de la loi pour la confiance et la modernisation de l'économie du 26 juillet 2005 a prévu qu'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation en euros peut être transformé en contrat multisupports sans les conséquences fiscales d'un dénouement.

2.2.1 Impacts de la transformation sur la charge du risque

L'attention du souscripteur ou de l'adhérent doit être attirée sur les conséquences de la transformation au niveau de la charge du risque : pour les engagements exprimés en unités de compte, le risque de variation de la valeur de l'unité de compte est supporté par le souscripteur ou l'adhérent et non plus par l'assureur.

2.2.2 Information des souscripteurs ou adhérents lors de la transformation

Quelles que soient les modalités de la transformation, les entreprises d'assurances s'engagent :

- à délivrer l'ensemble des informations précontractuelles et contractuelles nouvelles ;
- à accorder au souscripteur ou à l'adhérent un délai de trente jours à compter de la date de la transformation, pour revenir sur sa décision et, dans ce cas, à rétablir la situation contractuelle antérieure.

Les conséquences de la transformation, notamment en termes de garantie de taux et de tables, de frais, ou en cas d'avances en cours seront précisées aux souscripteurs ou adhérents.

2.2.3 Investissements en unités de compte

Par ailleurs, l'objectif de la loi précitée est de permettre aux souscripteurs ou adhérents qui le souhaitent d'exposer de façon accrue leurs contrats existants à des supports à capital variable, notamment investis en actions. L'instruction fiscale parue au Bulletin officiel des impôts le 4 novembre 2005 a précisé que la transformation doit donner lieu à la conversion d'une part significative des engagements en droits exprimés en unités de compte, répondant à l'objectif défini par le législateur.

En conséquence, les entreprises d'assurances s'engagent à n'opérer des transformations que si les sommes affectées à des unités de compte notamment investies en actions représentent au moins 20 % du total.

Bien que le dispositif législatif et l'instruction fiscale ne comportent pas d'obligation d'engagement de durée concernant la part des primes investies dans des actifs à risques, il devra être expliqué au souscripteur ou à l'adhérent que ce type d'actifs ne présente un intérêt que si les sommes qui y sont investies y restent pendant une durée suffisante.

ENGAGEMENT RELATIF AUX CONTRATS EN UNITES DE COMPTE Y COMPRIS CEUX REPOSANT SUR DES ACTIFS DEDIES FERMES

Faisant suite à un précédent engagement de 1994, modifié en 2003, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le présent engagement a été adopté par la profession pour éviter que ne se développent des pratiques qui auraient pu être préjudiciables aux assurés comme à sa propre image.

1 Contrats en unités de compte

Les contrats en unités de compte constituent des opérations d'assurance et les produits proposés par les entreprises doivent évidemment respecter les caractéristiques de ces opérations.

Les actifs affectés aux contrats en unités de compte, dont on rappelle qu'ils servent de référence aux engagements de l'assureur, sont effectivement et à tout moment la propriété des entreprises d'assurance.

- l'entreprise d'assurance doit conserver l'exercice de tous les droits qui sont attachés aux actifs. En particulier, tout pacte d'actionnaire ou convention de même nature est à écarter. Il convient également d'éviter tout démembrement de propriété des actions ainsi que les prêts de titres.
- Toute participation directe ou indirecte du souscripteur du contrat à la gestion des actifs par l'entreprise d'assurance est à écarter. Ceci n'interdit évidemment pas la possibilité pour le souscripteur de choisir, lorsque le contrat le prévoit, les unités de compte à la souscription ou en cours de contrat.

L'article R.131-1 autorise comme actif support les actions des entreprises d'assurance : l'entreprise d'assurance ne devrait pas commercialiser des contrats en unités de compte utilisant ses propres actions pour des raisons prudentielles. Il est rappelé que les règles concernant l'auto contrôle sont applicables aux entreprises d'assurance.

2 Principes concernant les contrats reposant sur des actifs dédiés fermés

Les principes ci-après complètent ceux visés précédemment. Ils concernent les contrats reposant sur des actifs dédiés fermés définis comme suit : les actifs dédiés fermés sont des actifs supports de contrats dont l'accès est réservé de manière explicite ou implicite à un souscripteur, ou à un nombre limité de souscripteurs ou d'adhérents, ce nombre ne pouvant être augmenté sans son ou leur accord.

Les dispositions réglementaires qui permettent l'affectation directe d'un actif unique de type actions, obligations, sont à concilier avec les exigences de mutualisation des risques à l'égard de l'ensemble de l'activité de l'entreprise d'assurance. Dans tous les cas, la gestion des actifs doit être faite de façon à ne pas nuire à l'équilibre des autres contrats.

En complément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1992 les principes suivants doivent être suivis :

- 2.1. Les objectifs de gestion des actifs concernés sont clairement définis à la souscription du contrat. Ils sont consignés par écrit. Toute modification de ces objectifs est constatée par avenant.
- 2.2. Les versements sur ce type de contrat doivent être effectués uniquement en numéraire.

- 2.3. Il est précisé que l'entreprise d'assurance ne peut accepter de transférer la jouissance des droits et obligations attachés aux actifs.
- 2.4. Aucune ligne, dès lors qu'elle est constituée par des actions, par des parts de société immobilière, ou des obligations convertibles, ne peut excéder 20 % de la valeur de l'actif dédié fermé.
- 2.5. La détention de titres appartenant à une même catégorie de titres d'un même émetteur ne peut excéder 20 % de l'ensemble de cette catégorie de titres du même émetteur.

Ces dispositions ne concernent évidemment pas les contrats collectifs souscrits par les entreprises au profit de l'ensemble ou d'une catégorie de leurs collaborateurs.

ENGAGEMENT RELATIF A L'UTILISATION DES AVANCES SUR CONTRAT

Faisant suite à un précédent engagement de 1995, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le présent engagement a pour objet de préciser le cadre dans lequel les avances peuvent être consenties par l'assureur, les contrats d'assurance vie devant conserver les finalités et le statut spécifique qui sont les leurs.

Le présent engagement est applicable aux avances accordées à compter de son adoption pour les nouveaux contrats, ainsi que pour les contrats en cours dont les clauses contractuelles ne prévoient pas de procédure contraire.

L'avance est une opération par laquelle l'assureur accepte de faire au souscripteur ou à l'adhérent une avance d'argent sans modifier le fonctionnement du contrat d'assurance vie ou du contrat de capitalisation.

1 Information du souscripteur ou adhérent lors de l'avance

Au moment où l'assureur consent une avance, il doit informer le souscripteur ou l'adhérent de ses caractéristiques et ses modalités.

1.1 Informations sur les caractéristiques de l'avance

- les avances ne doivent pas être programmées dans le contrat ni revêtir un caractère systématique ;
- l'avance en cours ne doit pas être imputée sur les provisions mathématiques pour éviter qu'elle soit confondue avec un rachat partiel ;
- aucune avance ne peut être effectuée avant l'expiration du délai de renonciation prévu à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances.

1.2 Informations sur les modalités de l'avance

Les modalités de l'avance doivent respecter certains principes concernant le montant, la durée, et le taux d'intérêt.

Les conditions de l'avance doivent faire l'objet d'un document spécifique remis par l'assureur au souscripteur ou l'adhérent lorsque l'avance est consentie.

2 Montant de l'avance

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.

Les avances pouvant être accordées dans un contrat en unités de compte ne pourront s'effectuer qu'en euros.

3 Durée de l'avance

L'avance est consentie pour une durée qui ne peut excéder trois années renouvelables deux fois.

Les entreprises d'assurance incitent les souscripteurs ou adhérents à procéder au remboursement de l'avance au plus tard lors du terme de l'avance.

4 Taux d'intérêt de l'avance

Les conditions de calcul du taux d'intérêt annuel auquel est consentie l'avance doivent être indiquées au souscripteur au moment de l'opération.

Le taux d'intérêt doit être au moins égal au taux moyen des emprunts d'Etat, calculé sur une base au plus semestrielle, majoré du taux des frais de gestion du contrat et d'une rémunération normale de l'assureur.

Pour les contrats comportant un compartiment euros, ce taux doit en outre être au moins égal au taux de rémunération du compartiment euros du contrat de l'année précédant la demande d'avance majoré des frais de gestion du contrat et d'une rémunération normale de l'assureur.

ENGAGEMENT RELATIF A LA TERMINOLOGIE DES CONTRATS EMPRUNTEURS

Approuvé en 1998, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le présent engagement a été établi pour répondre à une demande de la direction du Trésor de clarifier la terminologie des contrats emprunteurs.

L'AFECEI et l'AFB avaient été, en 1998, informées de cet engagement afin qu'elles prennent, en ce qui les concerne, des dispositions similaires.

1 Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

Pour éviter toute ambiguïté avec les garanties incapacité/invalidité, tout spécialement lorsque la garantie IAD seule accompagne la garantie décès, il est recommandé d'utiliser la locution :

"Perte Totale et Irréversible d'Autonomie" (P.T.I.A.)

Pour ce type de garantie, la définition du mode de reconnaissance du sinistre est essentielle. Pour les salariés, l'événement retenu est très souvent le bénéfice d'une pension de 3ème catégorie par la Sécurité sociale. Mais il existe des contrats où la reconnaissance est liée à la nécessité du recours à une tierce personne pour les activités de la vie courante, à une perte totale d'autonomie. Pour l'assuré, l'important est que le contrat définisse très clairement le mode de reconnaissance du sinistre.

2 Harmonisation des notions d'incapacité et d'invalidité

Il est recommandé que les définitions contractuelles des garanties incapacité et invalidité s'inscrivent dans le cadre suivant :

- **Incapacité** : inaptitude temporaire, partielle ou totale, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une maladie ou d'un accident, à exercer une ou des activité(s), professionnelle(s) ou non, définies au contrat d'assurance et précisées dans les documents d'information (notice légale, ...) dont l'assuré dispose. Il est essentiel de préciser s'il s'agit de l'inaptitude à l'activité exercée (pour les salariés, l'emploi exercé) au moment du sinistre, de l'inaptitude à une activité (un emploi pour les salariés) socialement équivalent, de l'inaptitude à toute activité (emploi pour les salariés), etc.
- **Invalidité** : réduction permanente, partielle ou totale, en raison d'un handicap physique ou psychique entraîné par une maladie ou un accident, de certaines aptitudes de l'assuré. Selon les dispositions du contrat, il peut s'agir soit d'une invalidité fonctionnelle, soit d'une inaptitude à exercer une ou des activité(s) professionnelle(s) ou non, définies au dit contrat et précisées dans les documents d'information (notice légale, ...) dont l'assuré dispose. Il est essentiel de préciser s'il s'agit de l'inaptitude à l'activité exercée (pour les salariés, l'emploi exercé) au moment du sinistre, de l'inaptitude à une activité (un emploi pour les salariés) socialement équivalent, de l'inaptitude à toute activité (emploi pour les salariés), etc.

Il ressort de ces deux notions que :

- l'adjectif *temporaire* ne doit concerner que l'incapacité, et l'adjectif *permanent* que l'invalidité ;
- en revanche, les termes *partiel* et *total* peuvent être utilisés pour incapacité et invalidité ;

- les définitions ainsi proposées se veulent génériques, en ce sens il est du ressort des sociétés de préciser la nature des garanties et les conditions d'ouverture de celles-ci et ne modifient en rien le contenu des contrats existants.

3 Reconnaissance par la Sécurité sociale et reconnaissance par les entreprises d'assurance

Il est recommandé d'introduire dans les documents d'information remis aux assurés une mise en garde explicite sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale relatives à l'incapacité ou à l'invalidité et celles des assureurs dans les mêmes domaines.

ENGAGEMENT RELATIF A LA COMMUNICATION DES TAUX DE RENDEMENT DES SUPPORTS EN EUROS DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE ET DE CAPITALISATION

Faisant suite à un précédent engagement de 1998, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

A un moment où des règles prudentielles ont été renforcées, les assureurs ont porté une attention particulière aux conditions de l'information du public sur les taux des rendements des contrats d'assurances vie et de capitalisation correspondant à des engagements en euros. Les engagements pris concernent aussi bien l'information communiquée à la presse que la publicité et les documents promotionnels.

1 Champ d'application

Les engagements qui suivent portent sur la diffusion au public des taux de rendement des contrats à adhésion individuelle d'assurance vie et de capitalisation, et non sur l'information des souscripteurs des contrats concernés, qui est l'objet d'une réglementation spécifique et d'engagements complémentaires par la profession.

Ces engagements s'appliquent dans les communications des entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA à destination du grand public ainsi que dans la réponse aux questionnaires transmis par la presse, afin d'améliorer la clarté et la transparence des informations que notre profession diffuse sur l'évolution du rendement des contrats.

2 Contenu

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à ce que l'information sur la performance d'un contrat donné ne puisse laisser faussement croire, implicitement ou explicitement, qu'elle concerne d'autres contrats ou la totalité des contrats proposés par l'entreprise.

En outre, afin de permettre une bonne information et d'éviter que celle-ci puisse donner lieu, soit à des confusions, soit à des erreurs d'interprétation, les entreprises adhérentes s'engagent à prendre les précautions ci-après :

- le *taux* de rendement annoncé et communiqué sur un contrat en euros doit être le taux de rendement net de frais de gestion annuels et brut de prélèvements sociaux ;
- si le *contrat* n'est plus commercialisé, mention doit en être faite après l'énonciation du taux ;
- les *performances* portant sur des périodes différentes d'un an doivent être annualisées ;
- s'agissant de *promesses* de taux garantis, il y a lieu d'indiquer clairement si la garantie porte ou non sur les encours existants du contrat, ainsi que :
 - la période durant laquelle les nouveaux versements bénéficieront de la garantie ;
 - la période durant laquelle s'applique le taux garanti ;
 - les éventuelles autres conditions à remplir pour bénéficier du taux garanti.

Par ailleurs, pour toute communication spécifiquement destinée à établir des comparaisons avec d'autres contrats, il doit être indiqué soit le montant total de l'épargne en euros gérée au titre de la catégorie de contrats concernée par le taux, soit le pourcentage d'encours en euros que ce contrat représente par rapport à l'ensemble des engagements en euros gérés par l'entreprise (ce pourcentage s'entend par entreprise, prise isolément au sein d'un groupe, pour ses opérations d'assurance directe en France).

ENGAGEMENT RELATIF AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE

Faisant suite à un précédent engagement de 2001, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

La spécificité du contrat d'assurance vie impose que soient réaffirmés notamment par une rédaction sans ambiguïté le contenu du contrat d'assurance vie et la nature des garanties proposées. Cette spécificité doit également être prise en compte dans les pratiques à la souscription.

1 Contenu et rédaction du contrat d'assurance vie

La rédaction du contrat met en évidence les éléments spécifiques au contrat d'assurance vie.

1.1 Mentions indispensables

Les documents contractuels contiennent *a minima* des mentions relatives :

- au fait qu'il s'agit d'un contrat d'assurance vie régi par le Code des assurances ;
- au numéro et à l'intitulé de la branche dont il relève (20. Vie décès ; 22 assurances liées à des fonds d'investissement...) ainsi qu'à son nom technique (capital différé, temporaire décès, etc.) ;
- à sa durée (temporaire ou viagère),
- à l'existence d'une ou plusieurs têtes assurées,
- à la nature de la garantie (vie, décès, autres...),
- à la possibilité, pour le contractant, de désigner un bénéficiaire, ainsi qu'au mécanisme et aux conséquences de cette désignation et de l'acceptation du bénéfice du contrat.

1.2 Termes utilisés dans les documents contractuels

Le contrat doit utiliser les termes prévus par le code des assurances pour décrire les engagements et notamment lorsqu'il s'agit de qualifier les primes, la tête assurée et les garanties.

L'objectif de rendre les textes contractuels plus compréhensibles pour les contractants non avertis, ne doit pas aller à l'encontre de la spécificité du contrat, et notamment ne doit pas conduire à une présentation juridiquement et techniquement incomplète du contrat. L'aide à la compréhension des termes et techniques relevant du contrat d'assurance vie peut se faire par recours à un lexique, qui présente et commente les mots techniques lorsqu'ils sont difficiles à comprendre par les souscripteurs (valeur et modalités de rachat, participation aux bénéfices, etc.).

1.3 La communication publicitaire

Au-delà de la rédaction contractuelle proprement dite, la présentation publicitaire du contrat doit éviter toute ambiguïté sur la nature d'assurance vie du contrat. Il convient donc d'être très vigilant sur ces communications, quel que soit le support utilisé, et d'écarter toute présentation qui ne correspondrait pas clairement à la réalité juridique, technique et fiscale du contrat proposé (le contrat d'assurance vie n'est pas une enveloppe fiscale, un compte d'épargne, etc.)

2 Spécificité des garanties d'un contrat d'assurance vie

Le contrat d'assurance vie est un contrat aléatoire dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine contrairement aux produits financiers.

En conséquence, et pour s'inscrire dans les préconisations de l'engagement professionnel relatif à la commercialisation des assurances de personnes, le contrat doit préciser :

- l'événement (vie ou décès) qui, atteignant la tête ou les têtes assurées, entraîne le paiement des prestations garanties ;
- si des garanties complémentaires relevant le cas échéant d'une autre branche d'assurance sont prévues, telles que le doublement de la prestation garantie en cas de décès accidentel, ou la couverture de la perte totale et irréversible d'autonomie, ainsi que, pour des contrats comportant une valeur de rachat notamment libellée en unités de compte, l'existence éventuelle d'une garantie plancher ;
- les modalités de paiement de la prestation, et notamment si une sortie en rente est possible, modalité que seul le contrat d'assurance peut fournir.

Le contrat ne peut faire mention des garanties de performance de l'unité de compte, lorsqu'il s'agit d'un contrat libellé en UC adossés à de tels supports. En effet, il convient d'éviter que le souscripteur puisse faire une confusion entre les garanties du contrat et les garanties attachées à l'unité de compte, chacune ayant sa propre logique et ses propres règles de fonctionnement.

3 Points de vigilance

Un contrat d'assurance vie répond à des besoins particuliers des contractants. S'agissant d'une opération inscrite dans la durée, il convient d'éviter les souscriptions qui fragilisent l'opération d'assurance-vie, tant sur le plan civil que sur le plan fiscal.

Au-delà des préconisations inscrites dans l'engagement professionnel relatif à la commercialisation des assurances de personnes, il est nécessaire de porter une attention particulière aux éléments suivants :

- l'âge à la souscription
Il faut écarter les souscriptions à des âges très élevés dans des conditions qui laissent envisager un risque sensible de contestations ultérieures. L'entreprise d'assurance doit mettre en place une procédure d'examen systématique pour les demandes de souscription au-delà d'un certain âge et, en tout état de cause, à partir de 85 ans, afin de vérifier l'opportunité, pour le souscripteur, de l'opération d'assurance vie envisagée.
- le montant des primes versées
Ce montant doit être adapté aux objectifs du souscripteur et à la composition de son patrimoine. Il peut être nécessaire, au vu des circonstances de fait présentes lors de la souscription, d'en préciser, par écrit, l'existence et la nature afin de pouvoir éclairer, postérieurement, le contexte de réalisation du contrat.
- la rédaction de la clause bénéficiaire, qui, établie par le souscripteur en fonction des objectifs qu'il assigne à l'opération d'assurance vie, doit comporter les éléments d'information nécessaires à sa mise en jeu.

ENGAGEMENT RELATIF A L'INFORMATION DES NOTAIRES PAR LES ASSUREURS

Approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 25 juin 2002 et par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le Conseil Supérieur du Notariat ayant soulevé auprès de la FFSA plusieurs questions relatives à la transmission d'informations aux notaires par les assureurs, notamment lors du règlement des successions, un groupe de travail réunissant des représentants des deux professions a préparé un accord qui a été soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale et qui vaut désormais engagement professionnel. Le GEMA a décidé a posteriori de s'obliger unilatéralement et sans être partie à l'accord aux mêmes obligations d'information vis-à-vis des notaires.

AMELIORATION DE L'INFORMATION DES NOTAIRES PAR LES ASSUREURS

Dans le cadre du règlement des successions, les notaires ont besoin de connaître l'existence de contrats d'assurance vie souscrits tant par le défunt que par son conjoint et certaines de leurs caractéristiques. Or, dans la pratique, il a été constaté des difficultés dans ces échanges d'informations entre notaires et assureurs entraînant des relations parfois difficiles entre les deux professions. Pour y remédier, le groupe de travail a proposé la normalisation des pratiques sous forme de lettres types qui seront échangées entre notaires et entreprises d'assurances. Ces lettres ont été conçues dans le respect des contraintes de chaque profession. Elles ont pour mérite de concilier les obligations de confidentialité des assureurs et le besoin d'informations des notaires dans le cadre des règlements de successions.

La réflexion a conduit à distinguer les modalités d'information selon que les contrats sont dénoués ou non dénoués.

- Contrats dénoués par le décès de l'assuré

Ces lettres permettront au notaire de connaître l'existence des contrats souscrits par le défunt, ainsi que certaines de leurs caractéristiques : type de contrat, date de souscription et montant des primes. En revanche, il a été pris acte des obligations de confidentialité des assureurs qui ne leur permettent pas de révéler l'identité du ou des bénéficiaire(s).

Au regard des éléments communiqués, en particulier du montant des primes versées, les héritiers pourront, le cas échéant, par voie judiciaire, obtenir communication d'informations complémentaires et faire valoir leurs droits en application, notamment, de l'article L132-13 du Code des assurances.

Un modèle d'échange de lettres entre notaires et assureurs a été élaboré.

- Contrats non dénoués lors de la liquidation d'une communauté par décès

Les deux professions ont constaté les divergences d'analyse quant au traitement civil des contrats d'assurance vie non dénoués financés avec des fonds communs, lors d'une liquidation de communauté par décès.

En présence d'un contrat d'assurance vie souscrit par le conjoint survivant et financé avec des fonds communs, l'intégration de la valeur du contrat dans la liquidation de la communauté par décès fait l'objet d'une controverse juridique depuis un arrêt Praslicka du 31 mars 1992 de la première chambre civile de la Cour de cassation.

En effet, sur le plan civil, certains estiment que la valeur de rachat d'un contrat non dénoué doit être intégrée à l'actif de la communauté, même lorsque celle-ci est dissoute par décès.

D'autres considèrent, en revanche, que le contrat pouvant se dénouer alternativement en cas de vie ou en cas de décès, sa valeur ne doit pas être intégrée à l'actif de communauté puisque l'événement conditionnant le dénouement du contrat est inconnu (vie ou décès).

Cette position conduit à considérer le contrat comme un propre à l'époux souscripteur, sauf récompense en cas de primes manifestement exagérées.

Le contrat peut se dénouer alternativement en cas de vie ou en cas de décès de l'assuré, ou encore en cas de rachat par le souscripteur :

- **En cas de vie**, ou à la suite du rachat, le capital est versé au souscripteur.
- **En cas de décès**, le capital est versé au bénéficiaire désigné qui est réputé, conformément à l'article L. 132-12 du Code des assurances, en être propriétaire depuis l'origine. Ce capital n'a jamais fait partie du patrimoine du souscripteur et la communauté ne peut se prévaloir d'aucune créance. Conformément à l'article L. 132-13 du Code des assurances, le capital décès n'est soumis ni aux règles du rapport à succession, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers du contractant, sauf primes manifestement exagérées.

En pratique et en fonction de la thèse à laquelle adhèrent les héritiers, il appartient à ces derniers de se prononcer sur la nature propre ou commune de la valeur du contrat. La solution retenue aura des conséquences importantes pour le client tant sur le plan civil que fiscal.

- **Sur le plan civil**, la qualification de bien propre conduit à accroître les droits du conjoint survivant.
- **Sur le plan fiscal**, la qualification de bien commun conduit à soumettre aux droits de succession la moitié de la valeur du contrat, alors que la qualification de bien propre conduit à ce que la valeur de rachat n'entre pas dans l'assiette des droits de succession.

En outre, dans le cas où le bénéficiaire du contrat non dénoué serait le conjoint prédécédé, la doctrine administrative (BOI 7 G-2-01 du 30 janvier 2001) a précisé que l'administration fiscale s'alignera sur la position civile prise par les héritiers : « *Autrement dit, dans tous les cas, l'administration fiscale se bornera à tirer les conséquences des parts civiles déclarées par les redevables, en ce qui concerne les contrats d'assurance, sans se substituer à eux dans des actions qui leur seraient personnelles* ».

C'est pourquoi, les deux professions se sont mises d'accord pour que les parties soient clairement informées, afin que les héritiers puissent prendre, en toute connaissance de cause, la décision d'intégrer ou non civilement la valeur de rachat du contrat, avec les conséquences fiscales qui en résultent.

Un modèle d'échange de lettres entre notaires et assureurs a été élaboré, qui constitue une annexe au présent accord.

ENGAGEMENT RELATIF AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE ET AUX CONTRATS DE CAPITALISATION SOUSCRITS PAR DES PERSONNES MORALES

Faisant suite à un précédent engagement de 2002, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

La question se posait des conditions dans lesquelles les entreprises pouvaient souscrire à leur bénéfice un contrat d'assurance vie ou de capitalisation pour effectuer des opérations liées à leur trésorerie, sans nuire à la mutualité des assurés.

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à ne pas accepter la souscription d'un contrat d'assurance vie ou d'un contrat de capitalisation qu'il soit libellé en euros ou en unités de compte par les entreprises industrielles, commerciales et artisanales et les personnes morales soumises à l'impôt sur les sociétés.

Cet engagement ne vise pas les contrats de capitalisation à prime unique souscrits :

- par des organismes de droit privé sans but lucratif;
- par des sociétés qui ont pour activité principale la gestion de leur propre patrimoine mobilier et immobilier dont les associés sont soit des personnes physiques, soit des sociétés non soumises à l'impôt sur les sociétés, soit des sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés dont les associés seraient exclusivement des personnes physiques ou des sociétés non soumises à l'impôt sur les sociétés ;

à condition que le chiffre d'affaires de ces sociétés au titre de leurs activités industrielles, commerciales, artisanales ou libérales ne dépasse pas 10 % de la somme du chiffre d'affaires et des produits financiers, y compris les plus values. Les loyers et les honoraires de prestations de service ou de conseil fournies aux filiales n'entrent pas en ligne de compte dans le chiffre d'affaires considéré.

Ces contrats souscrits par les organismes ou sociétés cités ci-dessus doivent respecter les deux règles suivantes :

- pour leur engagement en euros, la rémunération totale afférente au moins aux douze premiers mois n'est attribuée au contrat qu'au terme de la quatrième année suivant la souscription ;
- en cas de sortie du support en euros par rachat avant le terme de la quatrième année, cette rémunération est réduite en proportion du montant racheté par rapport à la valeur totale du contrat.

Tout autre dispositif conduisant à des valeurs de rachat au plus égales à celles résultant des deux règles ci-dessus énoncées peut être appliqué.

En outre, il est précisé que cet engagement ne vise pas les contrats souscrits par une personne morale soit au titre des contrats d'assurance homme-clé, soit au titre de contrats collectifs de retraite, de prévoyance, ou d'indemnités de fin de carrière.

ENGAGEMENT VISANT A PREVENIR L'EXISTENCE DE CONTRATS D'ASSURANCE VIE NON RECLAMES

Approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 18 décembre 2007 et par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Plusieurs mesures ont été prises par les pouvoirs publics au cours des dernières années afin d'éviter que des sommes ne demeurent non réclamées en assurance vie :

- *Depuis la loi de sécurité financière de 2003, le souscripteur d'un contrat d'assurance vie dont la provision mathématique est supérieure à 2 000 euros reçoit chaque année une information relative à son contrat.*
- *La loi du 15 décembre 2005 a prévu que, lorsqu'une entreprise d'assurance est informée du décès de l'assuré, celle-ci est tenue d'aviser le bénéficiaire, si les coordonnées sont portées au contrat, de la stipulation effectuée à son profit. En outre, cette même loi est venue préciser que le contrat doit comporter une information sur les conséquences de la désignation bénéficiaire et sur les modalités de cette désignation. Le contrat doit également indiquer que la clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. Enfin, cette même loi autorise toute personne physique ou morale à écrire aux organismes représentatifs de l'assurance pour savoir si elle est bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit à son profit par une personne dont elle apporte la preuve du décès. Les assureurs ont mis en place un dispositif facilitant les démarches des bénéficiaires.*
- *La loi du 17 décembre 2007 prévoit que les entreprises d'assurances s'informent du décès de l'assuré et que via leurs organismes professionnels elles ont la faculté de consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Il est également prévu que lorsqu'une entreprise d'assurance est informée du décès de l'assuré, celle-ci est tenue de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son bénéfice. Cette loi réforme également les modalités de l'acceptation bénéficiaire et précise les conséquences de l'acceptation du bénéficiaire sur la faculté de rachat du souscripteur.*

Les assureurs souhaitant participer activement à la prévention de l'apparition de contrats d'assurance vie non réclamés ont décidé de se doter de l'engagement suivant.

1. Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à rechercher au sein de leur portefeuille, les contrats d'assurance vie répondant cumulativement aux critères suivants :
 - provision mathématique supérieure à 2 000 euros,
 - assuré âgé de plus de 90 ans,
 - absence de contacts avec l'assuré confirmée pendant deux ans.

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à commencer les recherches par les assurés les plus âgés.

S'il s'avère que l'assuré est décédé, l'entreprise est, en application de l'article L. 132-8 du Code des assurances, tenue de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son bénéfice. Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à avertir le bénéficiaire dans un délai de trente jours maximum après qu'il aura été identifié et que ses coordonnées auront été trouvées.

2. Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'assurent que les informations sur l'identité (nom, prénom, date et lieu de naissance) et les coordonnées du souscripteur ou de l'adhérent soient renseignées à la souscription.

Elles incitent régulièrement leurs souscripteurs ou adhérents à mettre à jour leurs identité et coordonnées en cas de modification.

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA mettent en place des procédures de traitement des retours de courriers qu'elles transmettent à leurs souscripteurs ou adhérents pour NPAI ou « n'habite plus à l'adresse indiquée ».

3. Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à ce que les informations relatives à leurs assurés soient les plus complètes possibles afin de faciliter leurs recherches.

Ainsi, elles s'assurent que les informations sur l'identité (nom, prénom, date et lieu de naissance) et notamment le nom de jeune fille soient renseignées à la souscription.

4. En cas de clause bénéficiaire, désignant nommément un bénéficiaire autre que le conjoint ou les enfants, les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à inciter leurs souscripteurs ou adhérents à renseigner au moins les nom, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire.

5. L'article L 132-9-2 du Code des assurances prévoit que toute personne physique ou morale peut demander par lettre à un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs, habilités à cet effet par arrêté du ministre chargé de l'économie, à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice dans une police souscrite par une personne dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès. Les arrêtés ont désigné quatre organismes distincts :

- Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA),
- Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA),
- Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP),
- Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

Les entreprises d'assurance membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à mettre à la disposition des bénéficiaires potentiels un dispositif centralisé permettant de faciliter leurs démarches ¹.

6. L'article L.132-9-3 du Code des assurances prévoit que les organismes professionnels mentionnés à l'article L.132-9-2 ont la faculté de consulter 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 obtiennent de ces organismes professionnels communication de ces données en vue d'effectuer des traitements de données nominatives.

Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à mettre en place un dispositif centralisé permettant de faciliter la communication aux entreprises d'assurances des données requises.

¹ Il s'agit de la section « recherche de bénéficiaires de contrats d'assurance vie en cas de décès » de l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque d'Assurance (AGIRA) – 1 rue Jules Lefebvre – 75431 PARIS CEDEX 09.