

# Revue

Lexbase Hebdo édition privée n°607 du 2 avril 2015

[Assurances] Événement

## Actualités législatives, réglementaires et jurisprudentielles en droit des assurances — Compte-rendu de la réunion du 26 février 2015 de la Commission "Responsabilité civile et droit des assurances" du barreau de Paris

N° Lexbase : N6724BUL



La Commission "Responsabilité civile et droit des assurances" du barreau de Paris tenait, le 25 février 2015, sous la responsabilité de Maître Ludovic Gayral, une réunion visant à recenser l'actualité législative et jurisprudentielle la plus récente en droit des assurances, animée par Luc Mayaux, Professeur d'Université à Lyon 3. Les éditions juridiques Lexbase vous proposent de retrouver le compte-rendu de cette réunion. Une première partie sera consacrée aux actualités législatives et réglementaires en droit des assurances, et une seconde partie sera dédiée à l'actualité jurisprudentielle.

### I - Actualités législatives et réglementaires

#### 1. Actualités générales en droit des assurances

##### 1.1. Le décret sur l'information et le droit de rétractation des consommateurs est publié

- Décret n° 2014-1061 du 17 septembre 2014, relatif aux obligations d'information précontractuelle et contractuelle des consommateurs et au droit de rétractation (N° Lexbase : L243114S)

Un décret, pris en application de la loi du 17 mars 2014 n° 2014-344 du 17 mars 2014 (N° Lexbase : L75041ZX), dite loi "Hamon", détermine les informations que doit fournir tout professionnel au consommateur avant la conclusion d'un contrat et propose un modèle de formulaire de rétractation pour les contrats conclus à distance.

La loi "Hamon", a mis à la charge des professionnels une obligation d'information précontractuelle des consommateurs et modifié le délai du droit de rétractation en cas de contrat conclu à distance ou hors établissement. Les modalités d'application de ces dispositions sont précisées par un décret qui achève ainsi la transposition en droit interne de la Directive 2011/83/UE du 25 octobre 2011 relative aux droits des consommateurs (N° Lexbase : L2807IRE). Il est entré en vigueur le 20 septembre 2014.

### 1.2. Avis du CCSF du 13 janvier 2015

- Avis du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) sur l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur en date du 13 janvier 2015

L'avis du CCSF précise la liste limitative des garanties d'assurance que les banques pourront imposer aux emprunteurs et devrait lever les derniers obstacles à la possibilité de souscrire une assurance emprunteur individuelle, soit au moment de la souscription, soit dans un délai d'un an après la signature du contrat de prêt en cas de souhait de résilier le premier contrat comme le permet la loi Hamon.

La banque doit choisir :

- 11 critères parmi une liste de 18 critères sur les garanties obligatoires et ;
- 4 critères parmi une liste de 8 critères sur la garantie perte d'emploi.

Les critères de la banque pourront être imposés au consommateur. Le défi a été de concilier les points de vue, les banquiers voulant une liste large et les consommateurs un nombre de critères plus réduit.

Un décret est en cours de rédaction à la Direction générale du Trésor sur une fiche standardisée d'information. Les banquiers devront remettre une fiche personnalisée correspondant aux exigences de la banque par rapport à l'emprunteur, même dans le cas d'un contrat groupe. Elle devra être remise en amont de l'émission de l'offre de prêt et même avant les résultats des examens médicaux.

Dès le 1<sup>er</sup> mai, les prêteurs devront s'engager à n'utiliser que la liste de critères retenue pour motiver le refus éventuel d'un contrat alternatif. Le 1<sup>er</sup> octobre 2015, le dispositif complet devra être opérationnel avec notamment la fiche personnalisée.

### 1.3. Droit de renonciation (assurances affinitaires) (1)

- Arrêté du 29 décembre 2014, relatif aux modalités d'information du consommateur pour l'exercice du droit de renonciation prévu à l'article L. 112-10 du Code des assurances (N° Lexbase : L76791ZG)

Les consommateurs seront désormais informés de leur droit à renoncer à leur contrat d'assurance en application de l'arrêté du 29 décembre 2014.

Le **document d'information** prévu à l'article L. 112-10 du Code des assurances (N° Lexbase : L76791ZG), invitant l'assuré à vérifier s'il n'est pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques couverts par le nouveau contrat et l'informant de la faculté de renonciation, a été établi et est joint en annexe à l'arrêté. Il doit figurer de façon très apparente dans un encadré. Le texte est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015.

### 1.4. Résiliation infra-annuelle

- Décret n° 2014-1685 du 29 décembre 2014, relatif à la résiliation à tout moment de contrats d'assurance et portant application de l'article L. 113-15-2 du Code des assurances (2) (N° Lexbase : L502517A)

Les décrets d'application de la loi consommation du 17 mars 2014 ont été publiés au Journal officiel le 31 décembre 2014. Ils permettent aux consommateurs de résilier leur contrat d'assurance à tout moment après un an de contrat

effectif et ce pour tout contrat conclu à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015. Pour les contrats conclus antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2015, cette faculté sera ouverte à compter de leur prochaine reconduction tacite.

Toutefois, seules l'assurance automobile, la MRH et affinitaires sont concernées par ce dispositif.

La résiliation sera effective un mois après la réception de la demande par l'assureur et ouvre droit au remboursement de la partie de la prime et de la cotisation non couverte à la suite de la résiliation. Lorsque ces assurances sont obligatoires (assurance automobile et assurance habitation), la demande de résiliation devra mentionner le nouvel assureur, qui devra effectuer cette résiliation pour le compte de l'assuré.

### 1.5. Discussions sur la notion de dirigeants effectifs au regard de la Directive "solvabilité 2"

La dernière version du texte sur les dirigeants effectifs prévoit que le président du conseil d'administration d'une mutuelle de santé ou d'une mutuelle d'assurance puisse avoir cette qualité. Si cette option se confirme, la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (Gema) auront eu gain de cause.

Les fédérations professionnelles, au premier rang desquelles la FNMF et le Gema, auraient *a priori* obtenu gain de cause auprès du Trésor et de l'ACPR concernant la désignation des dirigeants effectifs. La dernière version de la transposition de la Directive dans le droit français prévoit, notamment, que le président du conseil d'administration puisse être reconnu comme tel pour les mutuelles d'assurance et pour les mutuelles de santé, et non pas seulement le directeur général ou le directeur général délégué. Conformément à la loi portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière (DADDUE), le ministère de l'Economie a jusqu'au 31 mars 2015 pour publier les textes d'ordonnance et de décret.

Dans le dernier projet, il est précisé que pour les organismes relevant du Code des assurances, "*le directeur général, le ou les directeurs généraux délégués et les membres du directoire dirigent effectivement l'entreprise au sens de l'article L. 322-3-2*". Toutefois, "*le conseil d'administration ou le conseil de surveillance peut également désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, qui ne sont pas mentionnées à l'alinéa précédent, notamment le président du conseil d'administration*".

S'agissant des organismes du Code de la mutualité, "*le président du conseil d'administration et le dirigeant opérationnel dirigent effectivement la mutuelle ou l'union au sens de l'article L. 211-12 (N° Lexbase : L0273AAD)*". Toutefois, "*le conseil d'administration peut également, sur proposition de son président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, qui ne sont pas mentionnées à l'alinéa précédent*".

### 1.6. Ouverture des activités et services des mutuelles et unions relevant du livre III du Code de la mutualité

– Décret n° 2014-768 du 4 juillet 2014, relatif aux conditions d'ouverture des activités et services des mutuelles et unions relevant du Livre III du Code de la mutualité (N° Lexbase : L6569I3P)

Détermination des modalités selon lesquelles les mutuelles et unions du Livre III peuvent ouvrir leurs services à des non-adhérents.

Un décret du 4 juillet 2014, publié au Journal officiel du 6 juillet 2014, définit les modalités selon lesquelles les mutuelles qui gèrent des équipements sanitaires, sociaux ou culturels ou conduisent les actions de prévention, ou leurs unions, peuvent décider d'ouvrir leurs services à des personnes non adhérentes.

Pris pour l'application de l'article L. 320-2 du Code de la mutualité (N° Lexbase : L5937DK4), le décret précise que l'ouverture aux non-adhérents doit résulter d'une disposition des statuts de la mutuelle ou de l'union. Cette faculté ne s'applique pas aux pharmacies mutualistes au regard du statut particulier qui régit ces dernières en application du Code de la santé publique.

## 2. Actualités en matière d'assurance-vie

### 2.1. Assurance vie : recommandation de l'ACPR sur la publicité

– ACPR, recommandation sur les communications à caractère publicitaire des contrats d'assurance-vie n° 2015-R-01 du 12 février 2015 (N° Lexbase : L9303I7P)

La recommandation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sur les communications à caractère

publicitaire des contrats d'assurance-vie annoncée au mois de novembre 2014 a été **publiée** le lundi 16 février 2015.

Issue des réflexions menées avec l'Autorité des marchés financiers (AMF) dans le cadre de leur pôle commun, la recommandation sur les communications à caractère publicitaire des contrats d'assurance vie, prévoit d'encadrer les pratiques des professionnels en matière de publicité, à la fois sur les éléments de présentation générale et sur certains points particuliers.

L'ACPR formule notamment des recommandations sur :

- les modalités générales de présentation publicitaire (ex : l'ACPR recommande d'identifier clairement le caractère publicitaire de la communication ou de ne pas utiliser de vocabulaire ambigu) ;
- la nature du contrat (ex. : le public doit être en mesure d'identifier le contrat) ; les informations à fournir en cas de risque de perte de capital ;
- les informations à fournir sur le rendement passé ou à venir du contrat ;
- les informations à fournir lorsque la communication porte sur des opérations commerciales, de promotion ;
- la référence à l'ACPR dans des documents (ne pas laisser croire que l'ACPR approuve ou cautionne les offres ou contrats en assurance-vie).

## 2.2. Assurance-vie : publication du décret relatif aux nouveaux contrats "vie-génération"

- *Décret n° 2014-1011 du 5 septembre 2014, relatif aux contrats et placements mentionnés à l'article 990 I du Code général des impôts bénéficiant d'un abattement proportionnel de 20 % (N° Lexbase : L1706I4X)*

Les contrats "vie-génération" sont des contrats d'assurance-vie en unités de compte créés par l'article 9 de la loi n° 2013-1279 du 29 décembre 2013 de finances rectificative pour 2013 (5) (N° Lexbase : L7404IYU) dans le but de réorienter l'épargne vers des investissements que le législateur a jugés prioritaires (le logement social ou intermédiaire, l'économie sociale et solidaire, le capital-risque ou encore les ETI). Ils bénéficient d'un régime de faveur en matière de prélèvement sur les capitaux-décès (CGI, art. 990 I N° Lexbase : L5350AAE) qui prend la forme d'un abattement supplémentaire de 20 % sur les capitaux transmis lors du décès de l'assuré (appliqué avant l'abattement fixe de 152 500 euros). Sont visés les contrats dénoués par décès intervenus à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014, les modalités de fonctionnement de ces contrats d'un nouveau genre ont été précisées par le décret n° 2014-1011 du 5 septembre 2014 (N° Lexbase : L1706I4X).

## 2.3. Loi n° 2014-1662 du 30 décembre 2014, portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière (DDADUE)

- *La loi n° 2014-1662 du 30 décembre 2014 (N° Lexbase : L3994I73) a modifié l'alinéa 6 de l'article L. 132-5-2 du Code des assurances (N° Lexbase : L4302I7H), relatif aux modalités du droit de renonciation à un contrat d'assurance-vie*

L'alinéa 6 de l'article dispose que "*le défaut de remise des documents et informations prévus au présent article entraîne, pour les souscripteurs de bonne foi, la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L. 132-5-1 (N° Lexbase : L4969I3G) jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où le souscripteur est informé que le contrat est conclu*".

Désormais, le souscripteur d'un contrat d'assurance-vie devra être de bonne foi pour bénéficier de la prorogation du délai de renonciation, en cas de défaut de remise par l'assureur, des documents et informations concernant les conditions d'exercice de sa faculté de renonciation et des dispositions essentielles du contrat.

Il sera rappelé qu'avant la loi n° 2014-1662 du 30 décembre 2014, la Cour de cassation avait jugé que, "*l'exercice de la faculté de renonciation prorogée, ouverte de plein droit pour sanctionner le défaut de remise à l'assuré des documents et informations énumérés par ce texte, est discrétionnaire pour l'assuré dont la bonne foi n'est pas requise*" (à titre d'exemple, Cass. civ. 2, 7 mars 2006, n° 05-10.366, FS-P+B N° Lexbase : A5091DNU).

## 3. Assurance santé

### 3.1. Contrats santé responsables

- *Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales (N° Lexbase : L8726I4X)*

Six plafonds pour l'optique, prise en charge limitée pour les dépassements d'honoraires des médecins mais illimitée pour le forfait journalier à l'hôpital : tels sont les principaux points du décret définissant le cahier des charges des contrats responsables, paru mercredi 19 novembre 2014 au Journal officiel.

Conformément à la loi rectificative de financement de la Sécurité sociale, le décret entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> avril 2015, sauf pour les contrats collectifs et obligatoires conclus avant le début août 2014. Pour ces derniers, la mise en conformité devra intervenir dès "la première modification de l'acte qui les institue et au plus tard le 31 décembre 2017". Une période transitoire qui soulève de nombreuses questions, dont certaines pourraient également être précisées par la circulaire à venir.

### 3.2. Décret sur la mise en concurrence dans les branches

– *Décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015, relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale* (N° Lexbase : L498017L)

En cas de recommandation d'un ou plusieurs organismes d'assurances pour la gestion de garanties complémentaires, les partenaires sociaux des branches professionnelles doivent désormais lancer une procédure de mise en concurrence préalable.

Lors de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013, instaurant la généralisation de l'assurance complémentaire santé des salariés, les syndicats et organisations patronales signataires avaient souhaité renforcer la mise en concurrence des organismes d'assurance pour la gestion des régimes de frais de soins des branches professionnelles. Depuis, les clauses de désignation ont été déclarées inconstitutionnelles.

Le gouvernement a maintenu le principe d'un renforcement de la concurrence dans le cas d'une nouvelle procédure de recommandation, qui laisse à l'entreprise le libre choix de son assureur.

Un décret du 8 janvier 2015, publié au Journal officiel du 10 janvier 2015 et entré en vigueur le 11 janvier, définit la procédure applicable à cette mise en concurrence, afin notamment d'en garantir la transparence.

### 3.3. Circulaire relative aux contrats responsables

– *Circ. DSS, n° 2015/30, du 30 janvier 2015, relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales* (N° Lexbase : L848417D)

La circulaire publiée par la direction de la Sécurité sociale et applicable à compte du 1<sup>er</sup> avril 2015 précise les nouvelles règles concernant les contrats d'assurance maladie complémentaire dits "responsables". Le gouvernement a décidé d'encadrer les remboursements en optique et les dépassements d'honoraires de certains médecins.

## II - Actualités jurisprudentielles

### 1. Jurisprudence générale en droit des assurances

#### 1.1. L'ordre public et l'assurance

– *Cass. civ. 1, 29 octobre 2014, n° 13-19.729, FS-P+B+I* (N° Lexbase : A2832MZW)

Le contrat d'assurance ayant pour objet de garantir les conséquences de l'annulation d'une exposition utilisant les dépouilles et organes de personnes à des fins commerciales a une cause illicite.

Une société organisatrice d'une exposition utilisant des dépouilles et organes de personnes humaines demandait la condamnation de ses assureurs à lui verser des sommes correspondant au montant de la garantie prévue aux contrats d'assurance à la suite de l'annulation de l'exposition. Les juges du fond ont rejeté sa demande et prononcé la nullité absolue des contrats d'assurance pour illicéité de la cause. Ils condamnent les sociétés d'assurance en restitution des primes versées au titre des contrats avec intérêts.

Dans un arrêt du 29 octobre 2014, la Cour de cassation a considéré que "le principe d'ordre public, selon lequel le respect dû au corps humain ne cesse pas avec la mort, préexistait à la loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008 (N° Lexbase : L3148ICL) dont est issu l'article 16-1-1 du Code civil (N° Lexbase : L3420ICN) ; qu'ayant relevé que le



*contrat d'assurance souscrit le 7 novembre 2008 par la société E. avait pour objet de garantir les conséquences de l'annulation d'une exposition utilisant des dépouilles et organes de personnes humaines à des fins commerciales, la cour d'appel en a exactement déduit que, bien qu'ayant été conclu avant l'entrée en vigueur de l'article 16-1-1 précité, le contrat litigieux avait une cause illicite et, partant, qu'il était nul*".

L'arrêt d'appel a toutefois été cassé au motif que les assureurs avaient manqué à leur devoir de conseil en n'attirant pas l'attention de la société E. sur le risque d'annulation de l'exposition litigieuse.

## 1.2. Nullité du contrat d'assurance sur le fondement de la fausse déclaration intentionnelle

– Cass. civ. 2, 3 juillet 2014, n° 13-18.76, F-P+B (N° Lexbase : A2580MTQ)

L'assuré est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel celui-ci l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge. L'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent de réponses qu'il a apportées auxdites questions.

Un assuré de la société G. conduisait un véhicule A. sous l'empire d'un état alcoolique et a heurté un véhicule B. assuré auprès de la société M.. Le conducteur du véhicule A est décédé sur le coup et les quatre occupants de la voiture B. ont été blessés. La société G. a indemnisé les victimes puis a assigné l'épouse du conducteur de la voiture A tant à titre personnel qu'en sa qualité de représentante légale de ses enfants mineurs, la société M. et le FGAO en nullité du contrat d'assurance pour fausses déclarations intentionnelles et subsidiairement pour dol et en remboursement des sommes versées aux victimes et à leur organisme social.

La cour d'appel de Pau, dans un arrêt du 19 mars 2013, a débouté l'assureur de sa demande en nullité du contrat d'assurance souscrit par le conducteur du véhicule A. décédé dans l'accident. Dans un arrêt du 3 juillet 2014, la Cour de cassation a rappelé que "*si, aux termes de l'article L. 113-2, 2° du Code des assurances (N° Lexbase : L0061AAI), l'assuré est obligé de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque par lequel celui-ci l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend en charge. Il ressort des articles L. 112-3, alinéa 4 (N° Lexbase : L9858HET), et L. 113-8 (N° Lexbase : L0064AAM) du même code que l'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent de réponses qu'il a apportées auxdites questions*". En l'espèce, l'assureur n'avait pas remis à son assuré un questionnaire préalable à la conclusion du contrat d'assurance. Il figurait uniquement une clause dans les conditions particulières du contrat, signées par le souscripteur, et ainsi rédigée : "*annulation ou suspension de permis sur les soixante derniers mois : le preneur d'assurance déclare que le conducteur désigné :*

— *n'a pas fait l'objet d'une annulation ou suspension de permis pour alcoolémie, usage de stupéfiants, délit de fuite,*

— *n'a pas fait l'objet d'une annulation ou suspension de permis de plus de trente jours pour tout autre motif*".

La Cour a considéré que cette clause ne constituait pas une question posée à l'assuré et donc que la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle n'était donc pas encourue.

## 1.3. Validité de la clause d'un contrat d'assurance instaurant une déchéance

– Cass. civ. 2, 27 mars 2014 n° 13-15.835, F-D (N° Lexbase : A2488MIY)

Doit être cassé l'arrêt d'appel qui n'a pas recherché si la clause litigieuse instaurant une déchéance figurait en caractères très apparents et était de nature à attirer l'attention de l'assuré.

Le souscripteur d'un contrat garantissant notamment le versement d'un capital en cas d'invalidité et incapacité totale et définitive par maladie ou accident a demandé le paiement des sommes garanties au titre de l'invalidité totale et définitive par accident. L'assureur ne lui a accordé que le paiement au titre du risque maladie. Le souscripteur a assigné l'assureur aux fins d'obtenir le bénéfice de la garantie invalidité totale et définitive par accident ainsi que des dommages-intérêts pour mauvaise foi et manque de loyauté dans l'exécution du contrat.

La cour d'appel d'Aix-en-Provence, dans un arrêt du 14 février 2013 (CA Aix-en-Provence, 14 février 2013, n°

12/03 499 N° Lexbase : A911117L) a débouté le demandeur en énonçant que faute pour lui de démontrer qu'il avait sollicité la garantie au titre de l'invalidité par accident dans les délais requis, il ne pouvait prétendre à la mise en œuvre de celle-ci au regard des clauses contractuelles, qui précisent de **manière apparente et dénuée d'ambiguïté**, la déchéance résultant de l'absence de demande de reconnaissance de l'incapacité par accident dans les douze mois de l'événement considéré et qui sont donc opposables au souscripteur.

Dans un arrêt du 27 mars 2014, la Cour de cassation censure les juges du fond, qui ont méconnu l'article L. 112-4 du Code des assurances (6) (N° Lexbase : L0055AAB) en n'ayant pas recherché en l'espèce si la clause litigieuse instaurant une déchéance, figurait en **caractères très apparents** et était **rédigée de manière à attirer l'attention de l'assuré**.

#### 1.4. Prescription appliquée à l'assurance de protection juridique

– Cass. civ. 2, 6 mars 2014, n° 13-11.642, F-D (N° Lexbase : A4055MGB)

Lorsque l'assureur de protection juridique a accepté sa garantie dans les limites des prévisions contractuelles, le point de départ de la prescription de l'action de l'assuré court du jour où il a eu connaissance des éléments lui permettant de réclamer l'indemnité promise.

Une société, qui avait souscrit un contrat d'assurance protection juridique auprès d'un assureur, a demandé l'exécution de cette convention à l'occasion d'une procédure de référé engagée par l'un de ses clients. L'assureur a accepté de prendre en charge les honoraires de l'avocat de la société dans la limite de ses barèmes mais a refusé la prise en charge d'une facture ancienne. La société a alors assigné l'assureur en paiement. Le tribunal de commerce Bordeaux a rejeté ses demandes le 9 octobre 2012.

Dans un arrêt du 6 mars 2014, la Cour de cassation approuve ce jugement et rappelle qu'en "*matière d'assurance de protection juridique, lorsque l'assureur a accepté sa garantie dans les limites des prévisions contractuelles, le point de départ de la prescription de l'action de l'assuré court du jour où il a eu connaissance des éléments lui permettant de réclamer l'indemnité promise*"

En l'espèce, ayant constaté que l'assureur avait par lettre du 8 octobre 2001, accepté de prendre en charge les honoraires de l'avocat de la société dans la limite de ses barèmes et que celle-ci n'avait agi en paiement de la facture émise le 12 octobre 2001 que par acte du 8 décembre 2011, le tribunal en a exactement déduit que l'action de l'assurée était prescrite.

#### 1.5. Assurance : champ d'application de la loi du 5 juillet 1985

– Cass. civ. 2, 22 mai 2014, n° 13-10.561, FS-P+B (N° Lexbase : A4966MMU)

La cour d'appel qui retient que la tondeuse auto-portée pourvue d'un siège sur lequel s'assoit le conducteur et d'un volant constitue un véhicule terrestre à moteur, déduit à bon droit que l'incendie provoqué par ce véhicule constituait un accident de la circulation au sens de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 (N° Lexbase : L7887AG9).

Un incendie provoqué par une explosion gazeuse inflammable s'est déclaré dans le garage d'un pavillon où était garée une tondeuse à gazon auto-portée dont le réservoir fuyait. Les parents sont décédés quelques jours plus tard des suites de leurs blessures et leurs enfants ont été intoxiqués par l'inhalation de fumée.

Les grands-parents, tuteurs des enfants, ont assigné l'administrateur *ad hoc* représentant la succession du père défunt en indemnisation de leurs préjudices sur le fondement de la loi du 5 juillet 1985. Le Fonds de garantie des assurances obligatoires de dommages est intervenu à l'instance.

Celui-ci fait grief à l'arrêt de la cour d'appel de Bordeaux (CA Bordeaux, 31 octobre 2012, n° 11/4002 N° Lexbase : A4966MMU) de dire que l'incendie constituait un accident de la circulation entrant dans le champ d'application de la loi du 5 juillet 1985 et, après constatation du défaut d'assurance de la tondeuse impliquée, de le débouter de sa demande de mise hors de cause. Il invoque que l'accident, impliquant un véhicule en stationnement dans un garage privé à usage individuel, n'est pas un accident de la circulation au sens de l'article 1 de la loi du 5 juillet 1985.

Dans son arrêt du 22 mai 2014, la Cour de cassation a considéré que "*la tondeuse auto-portée pourvue d'un siège sur lequel s'assoit le conducteur et d'un volant constitue un véhicule terrestre à moteur ; que la fuite de la tondeuse*

*et les vapeurs d'essence dégagées ont provoqué le dommage ; que la loi du 5 juillet 1985 n'exige pas que l'accident se soit produit dans un lieu ouvert à la circulation publique ; que le sinistre étant dû à une fuite de carburant, c'est la "fonction déplacement" qui était en cause et non la fonction "outil" de la tondeuse auto-portée".*

La Cour a toutefois considéré "qu'en cas de garde collective du seul véhicule impliqué dans l'accident et en l'absence de conducteur débiteur d'indemnisation, les co-gardiens victimes et leurs ayants-droit ne peuvent obtenir l'indemnisation de leurs dommages en invoquant la loi du 5 juillet 1985".

## 1.6. Aggravation de risque

– Cass. crim., 9 septembre 2014, n°13-85.43, F-D (N° Lexbase : A4359MWD)

L'obligation de déclaration de l'assuré sur les circonstances pouvant aggraver ou créer un nouveau risque au cours du contrat n'implique pas, en cas d'imprécision des conditions générales du contrat d'assurance, que soit déclarée à l'assureur une infraction commise en l'absence de dommage matériel ou corporel et de condamnation par un tribunal.

Un particulier souscrit une police d'assurance pour son véhicule. A la suite d'un accident de la route, des poursuites sont exercées contre l'assuré pour blessures involontaires et conduite sous l'empire d'un état alcoolique. Son assureur s'oppose à la prise en charge du dommage en opposant la nullité du contrat d'assurance en l'absence de déclaration de l'assuré d'une précédente infraction commise sous l'emprise d'un état alcoolique.

Les juges du fond rejettent cette exception. La compagnie d'assurance se pourvoit en cassation en invoquant l'obligation de déclaration de l'assuré de toutes circonstances pouvant aggraver ou créer un nouveau risque en cours de contrat.

La Cour de cassation a rejeté le pourvoi au motif que les conditions générales de la police étaient imprécises et n'impliquaient pas qu'il soit procédé à une déclaration d'une infraction commise en l'absence de dommage matériel ou corporel et de condamnation par un tribunal.

## 1.7. Déclaration de risque et avenant

– Cass. crim., 2 décembre 2014, n° 14-80.933, FS-P+B (N° Lexbase : A0516M7A)

La nullité du contrat d'assurance ne prend effet qu'à la date de la fausse déclaration qu'elle sanctionne.

Un conducteur est poursuivi à la suite d'un accident de la circulation survenu en juillet 2005. Il est également victime, en tant que passager, d'un second accident en mai 2006. Les véhicules impliqués au cours de ces deux accidents sont assurés au titre du même contrat d'assurance.

La nullité du contrat d'assurance pour fausse déclaration intentionnelle du risque est établie par un jugement définitif rendu à propos de l'accident de 2006. Cette nullité se fonde sur un avenant de 2006. En revanche, concernant l'accident de 2005, la cour d'appel a refusé de mettre hors de cause l'assureur

Dans un arrêt du 2 décembre 2014, la Cour de cassation a rejeté le pourvoi de l'assureur. Selon la Cour, la nullité du contrat d'assurance pour fausse déclaration ne peut prendre effet qu'à la date d'une fausse déclaration intentionnelle de l'assuré.

## 2. Jurisprudence en assurance-vie

### 2.1. Contrats d'assurance-vie et de prêt : commune intention des parties de former un ensemble contractuel indivisible

– Cass. civ. 1, 1er octobre 2014, n° 13-21.362, F-D (N° Lexbase : A7866MXM)

La Cour de cassation approuve l'arrêt de la cour d'appel de Paris du 21 mai 2013 (CA Paris, 21 mai 2013, n° 12/02 109 N° Lexbase : A5985KD2), qui retient l'indivisibilité juridique d'un contrat d'assurance sur la vie et d'un contrat de prêt en faisant ressortir la commune intention des parties de constituer un ensemble contractuel indivisible contre la lettre d'une clause de l'un des contrats.



Un client a adhéré à un **contrat d'assurance sur la vie auprès d'une compagnie d'assurance**. Le jour de la prise d'effet du contrat, il a, avec son épouse, conclu auprès d'une autre société un contrat de prêt à taux révisable remboursable *in fine* avec paiement des intérêts en quarante trimestres. **Le contrat de prêt prévoyait le nantissement du contrat d'assurance-vie.**

Neuf ans plus tard, le client a informé son assureur de sa renonciation au contrat d'assurance-vie et a sollicité la restitution de la somme investie. Avec son épouse, il a également demandé à la société qui leur a octroyé le prêt l'annulation de celui-ci ainsi que le remboursement intégral des intérêts versés. La cour d'appel de Paris a prononcé la **caducité à effet rétroactif du contrat de prêt** et condamné en conséquence la société prêteuse à la restitution des intérêts et frais y afférents. La société prêteuse a formé un pourvoi en invoquant notamment que la conclusion d'un contrat d'assurance sur la vie et d'un contrat de prêt, dont les sommes ont été investies par les emprunteurs sur la police d'assurance, est insuffisante à caractériser, contre la lettre du contrat de prêt lui-même, une indivisibilité juridique et qu'il résultait en l'espèce de la stipulation claire et précise du contrat de prêt que la commune intention des parties avait été de rendre divisibles les deux conventions.

Dans un arrêt en date du 1er octobre 2014, la Cour de cassation a rejeté le pourvoi de la société prêteuse. Selon la Cour de cassation, la cour d'appel a retenu à bon droit l'indivisibilité juridique du contrat d'assurance sur la vie et du contrat de prêt au regard de la commune intention des parties de constituer un ensemble contractuel indivisible, en dépit d'une clause de l'un des contrats.

La cour d'appel avait d'abord constaté que les deux sociétés dépendaient du même groupe, que la plaquette commerciale de présentation du contrat d'assurance sur la vie proposait un montage financier "novateur" par le biais d'une opération de crédit qui consistait à emprunter pour abonder le contrat d'assurance sur la vie et à rembourser le prêt *in fine* sur les sommes investies sur le contrat d'assurance sur la vie, censées avoir fructifié et généré des plus-values excédant les sommes versées au prêteur, que l'assuré était passé par un interlocuteur unique pour la conclusion des deux contrats et que le contrat de prêt prévoyait le nantissement du contrat d'assurance sur la vie concrétisé par la signature d'un avenant de mise en gage.

Les juges ont ensuite retenu que l'article 3 des conditions générales du prêt invoqué par la demanderesse était en contradiction avec les conditions particulières du contrat de prêt, avec toutes les informations précontractuelles données à l'assureur et avec l'avenant de mise en gage du contrat d'assurance sur la vie, lequel liait de façon très étroite le sort des deux contrats.

## 2.2. Contrat d'assurance-vie : communication d'un modèle de lettre de renonciation

– *Cass. civ. 2, 22 mai 2014, n° 13-19.233, F-D (N° Lexbase : A4956MMI)*

L'insertion d'un modèle de lettre de renonciation dans les conditions générales d'un contrat d'assurance-vie est insuffisante : l'assureur ne peut régulariser la situation que par la transmission distincte de ce document.

La Cour de cassation a rappelé sur le fondement de l'article L. 132-5-1 du Code des assurances (N° Lexbase : L4969I3G) (7) (dans son ancienne version) (8) que :

- la proposition d'assurance ou le contrat d'assurance doit comprendre un projet de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation ;
- l'entreprise d'assurance doit contre récépissé délivrée une note d'information sur les dispositions essentielles du contrat, notamment sur les conditions d'exercice de la faculté de renonciation.
- A défaut de remise des, documents et informations énumérées, le délai de renonciation est de plein droit prorogé jusqu'au trentième jour suivant la date de leur remise effective.

Elle a retenu qu'un assuré ne peut valablement exercer sa faculté de renonciation dès lors qu'un projet de lettre de renonciation est uniquement reproduit dans les conditions générales et n'est donc pas communiqué dans la proposition d'assurance elle-même.

## 2.3. Contrat d'assurance-vie : double désignation des bénéficiaires

– *Cass. civ. 2, 3 juillet 2014, n° 13-19.88, F-D (N° Lexbase : A2749MTY)*

Lorsque le souscripteur d'une assurance-vie désigne deux bénéficiaires à parts égales, quelle part de l'assurance-vie le fils d'un des bénéficiaires peut-il toucher si ce bénéficiaire est mort avant d'avoir accepté le bénéfice des assurances ?

Le souscripteur de quatre contrats d'assurance-vie décède. **La clause bénéficiaire des contrats désignait, en cas de décès de l'assuré, Annick Y. et Gerald Y., à parts égales**, et à défaut, les héritiers de l'assuré (le souscripteur et l'assuré sont la même personne). Gerald Y. est décédé après le souscripteur, sans avoir accepté le bénéfice des assurances sur la vie. Le petit fils du souscripteur, assigne l'assureur en versement de la moitié des fonds épargnés au titre des quatre contrats.

Dans un arrêt du 25 avril 2013, la cour d'appel de Versailles (CA Versailles, 25 avril 2013, n° 11/04 402 N° Lexbase : [A6173KCM](#)) **condamne l'assureur à payer au petit-fils du souscripteur une somme correspondant à la moitié des capitaux générés par les quatre contrats souscrits par son grand-père.**

Les juges du fond ont retenu que le fait d'avoir stipulé que les bénéficiaires de premier rang étaient appelés "*par parts égales*" signifie bien que chacun des deux bénéficiaires de premier rang n'a vocation qu'à la moitié du produit des contrats et en aucun cas au tout. En effet, le seul mode de dévolution prévu par cette clause est "vertical", des bénéficiaires de premier rang vers le bénéficiaire de second rang, de sorte qu'en cas d'impossibilité pour l'un des bénéficiaires de premier rang de recueillir sa part, qui ne peut être que de moitié, c'est le bénéficiaire de second rang qui a vocation à la recueillir.

La cour d'appel ajoute que s'il en était autrement, le petit-fils du stipulant n'aurait quasiment aucune chance d'être appelé au bénéfice de cette clause. De plus, transférer la part non acceptée de Gerald Y. à sa sœur Annick Y., contrevient non seulement à la volonté du stipulant de ne donner à chacun des bénéficiaires de premier rang, que la moitié de la valeur des contrats, mais aussi à sa volonté "*à défaut*" pour l'un de recueillir sa part, de donner ces droits au bénéficiaire de second rang.

La Cour de cassation rejette le pourvoi de l'assureur le 3 juillet 2014. Elle estime qu'en l'état de ces constatations et énonciations, procédant de son appréciation souveraine de la valeur et de la portée des éléments de preuve qui lui étaient soumis, la cour d'appel n'a fait que déterminer le sens de la clause litigieuse au regard de la volonté du souscripteur.

#### **2.4. Assurance emprunteur : le TGI de Paris déboute l'UFC-Que Choisir sur la participation aux bénéfices**

– *TGI Paris, 23 septembre 2014, n° 13/03 176* (N° Lexbase : [A2136M3I](#))

Le tribunal de grande instance de Paris a débouté, le 23 septembre 2014, des particuliers, soutenus par l'association de consommateurs UFC-Que Choisir, qui réclamaient à une assurance et à un organisme de crédit de leur reverser une partie des bénéfices générés par les primes versées dans le cadre de leur contrat d'assurance emprunteur.

En l'espèce, un particulier a procédé à l'ouverture d'un crédit à la consommation et souscrit un contrat d'assurance groupe pour les risques décès, invalidité totale et définitive, incapacité temporaire totale. Ce dernier assigne son assureur et son établissement de crédit pour obtenir le versement de sa participation aux bénéfices générés par les primes versées dans le cadre de son contrat d'assurance emprunteur sur le fondement de l'article L. 331-3 du Code des assurances (9) (N° Lexbase : [L0423AAW](#)).

L'association UFC QUE CHOISIR et un autre emprunteur sont intervenus à l'instance. Les demandeurs à l'instance sont déboutés par le tribunal.

Les juges considèrent d'une part, que **la nature mixte des contrats conclus par les emprunteurs, garantissant des risques non vie et vie exclut l'application des dispositions de l'article L.331-3** du Code des assurances applicable aux contrats d'assurance sur la vie, et d'autre part, qu'il n'existe **aucun droit individuel à l'attribution d'une somme déterminée la participation des bénéfices pour les souscripteurs d'assurance-vie.**

#### **2.5. Contrats d'assurance-vie non réclamés**

##### **2.5.1. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, décision de la Commission des sanctions n° 2013-05 du 31 octobre 2014**

L'ACPR condamne le principal acteur du marché de l'assurance-vie pour insuffisance de **moyens mis en œuvre en matière de recherche des bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie** non réclamés.

Par une décision du 31 octobre 2014 (Décision Autorité de contrôle prudentiel et de résolution n° 2013-05, 31 octobre 2014 N° Lexbase : L6739I4D), la Commission des sanctions de l'ACPR a prononcé à l'encontre d'une société d'assurance un blâme assorti d'une sanction pécuniaire de 40 millions d'euros.

La Commission reprochait à la société l'insuffisance de réaction pour mettre en œuvre les exigences issues de la loi du 17 décembre 2007, en particulier pour ce qui est de la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie dénoués par décès (C. ass., art. L. 132-8 N° Lexbase : L6141H9C (9)).

La Commission a jugé que ces manquements se sont traduits par des dépenses moindres engagées par l'assurance pour effectuer les diligences nécessaires à la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance-vie et par la conservation indue de sommes, atteignant des montants très élevés, qui auraient dû leur être versées. De fait, les bénéficiaires ont subi un préjudice. Néanmoins, la Commission des sanctions a pris en considération les mesures déjà prises pour mettre fin à ces carences et pour accélérer le traitement des dossiers ainsi que, l'engagement ferme de la direction de la société de poursuivre et d'achever rapidement les efforts entrepris pour remédier aux insuffisances constatées.

Elle a également estimé qu'il n'avait pas été établi que la société aurait tiré des bénéfices indus du fait des retards qui lui sont imputés dans l'identification des bénéficiaires et le versement à leur profit des sommes dues.

### **2.5.2. Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, décision de la commission des sanctions du 19 décembre 2014**

Le 19 décembre 2014 (Décision Autorité de contrôle prudentiel et de résolution n° 2014-01, 19 décembre 2014 N° Lexbase : L1094I7N), l'ACPR a pris une sanction à l'égard de la société A. pour non-respect des règles exigeant la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance vie. Ce blâme est assorti d'une sanction de 50 millions d'euros.

La société a été condamnée pour le non-respect de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014, relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence (N° Lexbase : L4865I3L), dite loi "Ecker". Selon l'ACPR, l'assurance n'avait pas adapté son organisation et ses moyens aux nouvelles exigences d'identification des assurés sur la vie décédés et de recherche des bénéficiaires.

Par cette décision, la Commission a, en outre, sanctionné des manquements aux obligations d'exécution des contrats à terme fixe, de revalorisation des capitaux décès et d'établissement de la liste des contrats d'assurance sur la vie dénoués comportant des montants non réglés.

### **2.6. Assurance-vie : obligation d'information du banquier en cas d'opération complexe**

– Cass. com., 4 novembre 2014, n° 13-21.993, F-D (N° Lexbase : A9101MZ4)

Le souscripteur d'une assurance-vie en unité de compte ne peut se prévaloir d'un défaut de mise en garde à l'encontre de son banquier agissant en qualité de courtier, lorsqu'il n'a subi aucune perte.

Un client a souscrit un contrat d'assurance-vie auprès d'une filiale de sa banque. Ce contrat a notamment été financé par des fonds provenant d'un prêt qui ont été investis en unités de compte composant le contrat d'assurance-vie. Le prêt, souscrit auprès de la banque, était garanti par le nantissement du contrat d'assurance-vie.

Se prévalant d'un défaut de conseil et d'information à l'encontre de la banque en sa qualité de courtier, le client a assigné cette dernière en nullité du contrat de prêt et, subsidiairement, en paiement de dommages et intérêts. Les juges du fond ont rejeté ses demandes. Le client a alors formé un pourvoi en cassation en soutenant que la banque avait manqué à son devoir de mise en garde en ne l'informant pas des risques inhérents à l'évolution du cours des titres souscrits.

La Cour de cassation rejette le pourvoi par un arrêt du 4 novembre 2014. Elle relève que le client souscripteur a racheté la quasi-totalité de son contrat d'assurance-vie, avec une plus-value, et a remboursé la totalité de son prêt. Ainsi, il ne peut reprocher l'absence de mise en garde de la banque alors qu'il n'a subi aucune perte.

### **2.7. Assurance-vie : obligation d'information du banquier en cas d'opération complexe**

– Cass. com., 2 décembre 2014, n° 13-24.456, F-D (N° Lexbase : A0528M7P)

Dans un arrêt du 2 décembre 2014, la Cour de cassation a rappelé l'obligation de conseil du banquier en cas

d'opération complexe.

## 2.8. Manquement partiel à l'obligation d'information et de conseil

– Cass. civ. 2, 3 juillet 2014, n° 13-20.330, F-D (N° Lexbase : A2683MTK)

En l'espèce, le manquement de l'assureur à son obligation d'information et de conseil sur l'adéquation de l'opération proposée à la situation personnelle du client portait sur le seul défaut d'information fiscale.

Une cliente souscrit un contrat d'assurance par l'intermédiaire d'un agent général d'assurances. Avant l'échéance du terme, elle rachète ce contrat, et replace aussitôt la somme de ce rachat auprès du même assureur sur un autre contrat. Estimant ne pas avoir bénéficié des placements financiers les plus avantageux, notèrent eu égard à son handicap et aux dispositions fiscales applicables, elle a finalement assigné l'assureur en réparation de ses préjudices, lui imputant un manquement à son devoir de conseil et d'information.

Dans un arrêt du 3 juillet 2014, la Cour de cassation a considéré que :

- L'assuré ne pouvait pas ignorer que son placement était risqué au regard des conditions générales qu'il avait signées ;
- l'agent général d'assurance était néanmoins tenu d'une obligation d'information et de conseil à l'égard de l'assuré et que sa responsabilité devait être engagée en raison d'un manquement à son obligation de conseil en matière fiscale.

## 2.9. Action de groupe : AXA et Agipi attaqués par l'association de consommateurs CLCV

Le 28 octobre 2014, l'association de consommateurs CLCV a annoncé avoir entamé une action de groupe contre Axa et l'association d'épargnants AGIPI concernant le contrat d'assurance vie "CLER".

Le motif invoqué par l'association de consommateurs est qu'AGIPI et AXA n'auraient pas respecté leur engagement contractuel garantissant un taux minimum de rémunération annuel de 4,50 % envers les épargnants qui ont souscrit ce contrat avant 1995.

Indépendamment de la question de savoir si les conditions de l'action de groupe sont réunies, sont en débat la portée de l'article L. 141-4 du Code des assurances (N° Lexbase : L9846HEE) (9) et celle de l'article A. 132-1 du Code des assurances (10) (N° Lexbase : L3525H83), relatif au taux minimum garanti (11) .

(1) C. ass., art. L. 112-10 (N° Lexbase : L7679IZG) : *"l'assuré qui souscrit à des fins non professionnelles un contrat d'assurance constituant un complément d'un bien ou d'un service vendu par un fournisseur, s'il justifie d'une garantie antérieure pour l'un des risques couverts par ce nouveau contrat, peut renoncer à ce nouveau contrat, sans frais ni pénalités, tant qu'il n'a pas été intégralement exécuté ou que l'assuré n'a fait intervenir aucune garantie, et dans la limite d'un délai de quatorze jours calendaires à compter de la conclusion du nouveau contrat. Avant la conclusion d'un contrat d'assurance, l'assureur remet à l'assuré un document l'invitant à vérifier s'il n'est pas déjà bénéficiaire d'une garantie couvrant l'un des risques couverts par le nouveau contrat et l'informant de la faculté de renonciation mentionnée au premier alinéa. Un arrêté du ministre chargé des assurances fixe le contenu et le format de ce document d'information"*.

(2) C. ass., art. L. 113-15-2 (N° Lexbase : L7681IZI) : *"pour les contrats d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles et relevant des branches définies par décret en Conseil d'Etat, l'assuré peut, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, résilier sans frais, ni pénalités les contrats et adhésions tacitement reconductibles. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'assuré, par lettre ou tout autre support durable. Le droit de résiliation prévu au premier alinéa est mentionné dans chaque contrat d'assurance. Il est en outre rappelé avec chaque avis d'échéance de prime ou de cotisation. Lorsque le contrat est résilié dans les conditions prévues au premier alinéa, l'assuré n'est tenu qu'au paiement de la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque est couvert, cette période étant calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. L'assureur est tenu de rembourser le solde à l'assuré dans un délai de trente jours à compter de la date de résiliation. A défaut de remboursement dans ce délai, les sommes dues à l'assuré produisent de plein droit intérêts au taux légal. Pour l'assurance de responsabilité civile automobile définie à l'article L. 211-1 et pour l'assurance mentionnée au g de l'article 7 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989, tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986 (N° Lexbase : L8461AGH), le nouvel assureur effectue pour le compte de l'assuré souhaitant le rejoindre les*

formalités nécessaires à l'exercice du droit de résiliation dans les conditions prévues au premier alinéa du présent article. Il s'assure en particulier de la permanence de la couverture de l'assuré durant la procédure. (3) C. mut., art., L. 320-2 : "les mutuelles et les unions régies par le présent livre peuvent offrir leurs services à des tiers autres que ceux visés aux articles L. 320-1 (N° Lexbase : L5938DK7) et L. 320-3 (N° Lexbase : L5936DK3), pour les services et dans les conditions fixées par voie réglementaire".

(4) FR 58/13, 33 p. 51.

(5) CGI, art. 990 I : "lorsqu'elles n'entrent pas dans le champ d'application de l'article 757 B, les sommes, rentes ou valeurs quelconques dues directement ou indirectement par un ou plusieurs organismes d'assurance et assimilés, à raison du décès de l'assuré sont assujettis à un prélèvement de 20 % à concurrence de la part revenant à chaque bénéficiaire de ces sommes, rentes ou valeurs correspondant à la fraction rachetable des contrats et des primes versées au titre de la fraction non rachetable des contrats autres que ceux mentionnés au 1° du I de l'article 199 septies et que ceux mentionnés aux articles 154 bis, 885 J et au 1° de l'article 998 et souscrits dans le cadre d'une activité professionnelle diminuée d'un abattement de 152 500 euros. Le bénéficiaire doit produire auprès des organismes d'assurance et assimilés une attestation sur l'honneur indiquant le montant des abattements déjà appliqués aux sommes, rentes ou valeurs quelconques reçues d'un ou plusieurs organismes d'assurance et assimilés à raison du décès du même assuré. Le bénéficiaire n'est pas assujetti au prélèvement visé au premier alinéa lorsqu'il est exonéré de droits de mutation à titre gratuit en application des dispositions de l'article 795".

(6) C. ass., art. L. 112-4 : "la police d'assurance est datée du jour où elle est établie. Elle indique :

- les noms et domiciles des parties contractantes ;
- la chose ou la personne assurée ;
- la nature des risques garantis ;
- le moment à partir duquel le risque est garanti et la durée de cette garantie ;
- le montant de cette garantie ;
- la prime ou la cotisation de l'assurance.

La police indique en outre :

- la loi applicable au contrat lorsque ce n'est pas la loi française ;
- l'adresse du siège social de l'assureur et, le cas échéant, de la succursale qui accorde la couverture ;
- le nom et l'adresse des autorités chargées du contrôle de l'entreprise d'assurance qui accorde la couverture.

Les clauses des polices édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ne sont valables que si elles sont mentionnées en caractères très apparents".

(7) C. ass., art. L. 132-5-1 (version actuelle) : "toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé. La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal. Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel. Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de deux mois".

(8) C. ass., art. L. 132-5-1 (ancienne version) : " toute personne physique qui a signé une proposition d'assurance ou un contrat à la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours à compter du premier versement. La proposition d'assurance ou de contrat doit comprendre un profit de lettre destiné à faciliter l'exercice de cette faculté de renonciation [...]".

(9) C. ass., art. L. 331-3 : "les entreprises d'assurance sur la vie ou de capitalisation doivent faire participer les assurés aux bénéfices techniques et financiers qu'elles réalisent, dans les conditions fixées par arrêté du ministre



de l'Economie et des Finances".

(10) C. ass., art. L. 141-4 : "le souscripteur est tenu :

— de remettre à l'adhérent une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;

— d'informer par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

*La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur. L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications. Toutefois, la faculté de dénonciation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat. Les assurances de groupe ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt et qui sont régies par des lois spéciales ne sont pas soumises aux dispositions du présent article".*

(10) Il a été jugé que les dispositions de l'article A. 132-1 du Code des assurances sont d'application immédiate au contrat en cours et qu'il n'est donc pas possible d'y déroger : Cass. civ. 2, 3 février 2011, n° 10-13.581, F-D (N° Lexbase : A3688GRZ).

(11) S'agissant de l'application de ce texte à un contrat individuel, voir Cass. civ. 2, 3 février 2011, n° 10.13.581, F-D (N° Lexbase : A3688GRZ)