

TRAVAUX COMMISSIONS OUVERTES

COMMISSION ASSURANCES ET RESPONSABILITÉ CIVILE



ACTUALITÉS LÉGISLATIVES ET JURISPRUDENTIELLES
EN DROIT DES ASSURANCES

RÉUNION DU 18 JANVIER 2018



COMMISSION OUVERTE DROIT DES ASSURANCES ET RESPONSABILITE CIVILE DU 18 JANVIER 2018

Intervenant : Monsieur le Professeur Luc Mayaux
Responsable : Maître Ludovic Gayral (Cabinet Vatier)

ACTUALITES JURISPRUDENTIELLES

1. JURISPRUDENCE EN DROIT DES ASSURANCES (EN GÉNÉRAL)

1.1. Déclarations de l'assuré

- **Cass. civ. 2, 17 novembre 2016** (pourvoi n°15-25.179) *SCI Le Pierre c/ Société Axa France IARD* – rejet du pourvoi contre Cour d'appel de Nîmes, 25 juin 2015

Il n'appartient pas à l'agent d'assurance de vérifier l'exactitude des déclarations de l'assuré.

Une SCI avait souscrit, auprès de la société Axa France IARD, un contrat « multirisque immeuble » pour assurer un immeuble qu'elle occupait, sans en être encore propriétaire. Par la suite, la société AXA France IARD a refusé de garantir un sinistre déclaré par la SCI, au motif qu'elle n'était pas propriétaire de l'immeuble au moment du sinistre.

La SCI l'a alors assignée en responsabilité pour lui avoir fait souscrire un contrat inadapté à sa situation.

La Cour de cassation confirme la position de la Cour d'appel de Nîmes qui, par un arrêt du 25 juin 2015, a rejeté entièrement les demandes de la SCI, au motif qu'il n'appartenait à l'agent d'assurance de vérifier l'exactitude des déclarations de l'assuré.

La SCI ayant déclaré être propriétaire non occupant de l'immeuble qu'elle souhaitait assurer et Axa France IARD n'ayant pas de raison de douter de la véracité de cette déclaration, cette dernière n'avait commis aucune faute en ne vérifiant pas la réalité de la qualité de propriétaire déclarée par l'assuré.

1.2. Nullité du contrat d'assurance pour fausse déclaration intentionnelle de l'assuré

- **CA Colmar, 9 janvier 2017** (RG n°15/05647), *M. N. c/ SA Swiss Life*

La fausse déclaration intentionnelle de l'assuré fait encourir la nullité du contrat d'assurance lorsque cette déclaration a modifié l'appréciation du risque ou a impacté l'opinion de l'assureur.

M. N. avait conclu un contrat d'assurance auprès de la société Swiss Life, prévoyant une garantie de salaire et le versement d'une rente invalidité. À la suite d'un arrêt de travail, l'assureur lui a versé des indemnités journalières et l'a fait examiner par un médecin, à la suite de quoi il s'est avéré que l'assuré avait menti, dans sa déclaration de risque, sur sa taille et ses antécédents médicaux.

La société Swiss Life a alors refusé sa garantie et M. N. l'a assignée en paiement.

Le TGI de Mulhouse, par une décision du 2 octobre 2015, a rejeté les demandes de M. N. et a fait droit à la demande de la société Swiss Life, en prononçant la nullité du contrat d'assurance et en condamnant l'assuré à rembourser les indemnités journalières versées.

Ce jugement a été confirmé par l'arrêt de la Cour d'appel de Colmar du 9 janvier 2017. Les juges du fond ont d'abord apprécié d'abord le caractère délibérément inexact des déclarations : ils estiment qu'une seule mention erronée dans la déclaration aurait pu être imputée à une erreur non intentionnelle de l'assuré. Cependant, l'accumulation des fausses indications exclut ici tout défaut d'attention de sa part. De plus, les questions posées à l'assuré au moment de la souscription dans le formulaire de déclaration du risque étaient claires et non équivoques.

Rappelant les principes établis aux articles L. 113-2 et L. 113-8 du Code des assurances, la Cour d'appel juge ainsi que l'assuré doit répondre exactement aux questions posées par l'assureur notamment dans le formulaire de déclaration du risque portant sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier les risques couverts. La nullité du contrat est encourue en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur indépendamment de l'influence du risque omis ou dénaturé sur le sinistre.

- **Cass. civ. 2, 29 juin 2017** (pourvoi n°16-18.975) Mme X. c/ société Quatrem Assurances collectives - rejet du pourvoi contre Cour d'appel de Douai, 21 janvier 2016

La fausseté d'une déclaration intentionnelle du risque décès s'apprécie en fonction de la précision des questions posées à l'assuré dans le formulaire de déclaration du risque au moment de la souscription.

Les juges du fond disposent d'un pouvoir d'appréciation souveraine dans cette situation.

Pour garantir le remboursement d'un prêt immobilier bancaire, un emprunteur souscrit un contrat d'assurance couvrant le risque décès. L'emprunteur décède en 2010 et l'assureur refuse sa garantie en arguant d'une fausse déclaration lors de la souscription du contrat d'assurance.

La veuve du défunt assigne l'assureur en exécution du contrat.

La Cour d'appel de Douai la déboute de ses demandes.

La Cour de cassation rejette ensuite le pourvoi formé par la veuve, au motif que la Cour d'appel avait souverainement estimé que les questions posées à l'emprunteur au moment de la souscription étaient précises et que ce dernier avait intentionnellement fait une fausse déclaration dans la réponse apportée à l'une d'elles. Ce faisant, la Cour d'appel a également souverainement apprécié que, par sa fausse déclaration, l'emprunteur avait changé l'objet du risque, ou en avait diminué l'opinion pour l'assureur, et que le contrat d'assurance était nul.

1.3. Prescription biennale

- **Interruption de la prescription biennale *Cass. civ. 2, 8 juin 2017 (pourvoi n°16-19.161)***
Société Star's service c/ société Mutuelle des transports assurances

Seule l'action en paiement de primes dérivant d'un contrat d'assurance peut interrompre la prescription biennale. L'article L. 114-2 du Code des assurances ne s'applique pas à toutes les actions en paiement dirigées par l'assureur contre l'assuré.

La société Star's service a souscrit un contrat d'assurance auprès d'un assureur à effet au 1^{er} janvier 2004, prévoyant le versement d'une cotisation annuelle de 260 228 euros. Le 19 septembre 2006, elle résilie ce contrat par lettre recommandée pour le 31 décembre 2006. L'assureur lui réclame cependant, par lettres recommandées avec avis de réception, le paiement de cotisations restant dues ainsi que des franchises demeurées impayées. Il l'assigne ensuite en juin 2013 en paiement de ces sommes.

La Cour d'appel de Paris, par un arrêt du 26 février 2016, déclare l'action de l'assureur recevable au regard de l'article L. 114-2 du Code des assurances, qui dispose : « *L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.* » Pour justifier l'interruption de la prescription biennale, la Cour d'appel étend l'application de cet article à « *toutes les actions en paiement dirigées par l'assureur contre l'assuré et dérivant du contrat d'assurance.* »

La Cour de cassation casse l'arrêt d'appel en expliquant que, contrairement à ce qu'ont retenu les juges d'appel, l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré ne peut valablement interrompre la prescription biennale qu'en tant qu'elle concerne le paiement de primes, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.

- **Nouvelle extension de l'obligation d'information relative à la prescription *Cass. Civ. 2, 8 décembre 2016 (pourvoi n°15-19685) publié au bulletin***

Une société a souscrit un contrat d'assurance de groupe auprès d'une institution de prévoyance afin de garantir les prestations qui pourraient être dues en cas d'incapacité, invalidité ou décès de ses salariés.

Contestant le classement en invalidité de catégorie 1 de l'une de ses salariés par l'institution de prévoyance, la société a assignée cette dernière afin de voir juger qu'elle est tenue de prendre en charge cette salariée au titre d'une invalidité de catégorie 2.

L'institution de prévoyance ayant soulevé la prescription, la société fait valoir que cette institution de prévoyance avait manqué à son devoir de conseil et d'information dès lors que l'avenant du 10 août 2009, mentionnant qu'il vaut notice d'information, ne précisait pas les délais de prescription.

Pour déclarer prescrite l'action de la société après avoir retenu que le point de départ du délai biennal de prescription est constitué par la notification par l'institut de prévoyance, du refus de classement de la salariée en invalidité de catégorie 2, l'arrêt entrepris énonce qu'aucune obligation d'information ne pèse sur l'institution de prévoyance au titre de la notice d'information, l'obligation d'information et de conseil reposant sur le souscripteur.

La Cour de cassation censure les juges du fond au motif que les institutions de prévoyance sont tenues de satisfaire à l'obligation d'information qui leur incombe à l'égard des adhérents par l'envoi de la notice d'information prévue par l'article L. 932-6 du code de la sécurité sociale.

1.4. Rejet de la faculté de résiliation annuelle au profit d'un assuré emprunteur

Cass. civ. 1, 24 mai 2017 (pourvois n°15-27.127 et 15-27.839) Banque CIC Nord-Ouest c/ Mme X.

Un assuré emprunteur ne peut bénéficier de la faculté de résiliation annuelle visée à l'article L. 113-2 du Code des assurances.

Mme X. conclut deux contrats de prêts immobiliers auprès d'une banque, garantis par un contrat d'assurance de groupe souscrit par le prêteur. Quelques années plus tard, elle demande au prêteur de substituer au contrat d'assurance de groupe celui souscrit par elle-même auprès d'une autre société d'assurance. La banque refuse et Mme X. assigne alors cette dernière et son assureur pour voir constater la résiliation de son adhésion au contrat d'assurance de groupe.

La Cour d'appel de Douai, par un arrêt du 17 septembre 2015, accueille sa demande de résiliation, sur le fondement de la faculté de résiliation annuelle établie à l'article L. 113-2 du Code des assurances.

Confirmant une précédente décision, la Cour de cassation casse et annule l'arrêt d'appel au visa des articles L. 113-2 du Code des assurances et L. 312-9 du Code de la consommation (dans son ancienne rédaction), rappelant qu'aux termes de ce dernier, la faculté de résiliation annuelle de l'article L. 113-2 n'est pas ouverte dans le cas d'un contrat d'assurance de groupe garantissant le remboursement partiel ou total du montant d'un prêt immobilier.

Elle précise même les conséquences néfastes qu'entraînerait la reconnaissance, au bénéfice de l'emprunteur, de cette faculté de résiliation annuelle du contrat d'assurance : « [cette reconnaissance] conduirait, à défaut de l'accord du prêteur sur le nouveau contrat d'assurance offert en garantie, à la résiliation du contrat de prêt consenti sous la condition de l'octroi et du maintien d'une assurance agréée par le prêteur, une telle résiliation pouvant imposer à l'emprunteur de vendre l'immeuble financé afin de désintéresser le créancier ; qu'à supposer même le maintien du contrat de prêt, sa nécessaire modification serait rendue incertaine en raison de l'absence de dispositions légales applicables au litige, régissant les effets d'une résiliation par l'emprunteur de son adhésion au contrat d'assurance de groupe ».

Il convient de préciser que la loi n°2017-203 du 21 février 2017 a étendu le droit de résiliation annuel (mentionné à l'alinéa 2 de l'article L. 113-2 du Code des assurances) aux assurances emprunteur.

Depuis le 1^{er} janvier 2018, cette faculté de résiliation annuelle est applicable aux contrats d'assurance-crédit qui sont en cours d'exécution.

1.5. Recevabilité de l'action du tiers subrogé

Cass. civ. 2, 27 avril 2017 (pourvoi n°16-15.525) Mutualité sociale agricole (MSA) Lorraine c/ Arnaud X. et a.

La recevabilité de l'action du tiers subrogé dans les droits de la victime contre l'assureur du responsable n'est pas subordonnée à l'appel en cause de l'assuré.

M. Y est blessé par le tracteur conduit par M. Z alors que ces deux personnes portaient bénévolement secours à M. X.

L'assureur de M. Z indemnise M. Y et forme un recours en contribution à l'encontre de M. X et de son assureur. Il appelle également en déclaration de jugement commun la mutualité sociale agricole (MSA), qui avait versé des prestations sociales à M. Y. La MSA exerce alors un recours subrogatoire contre l'assureur de M. Z, en lui demandant le remboursement des prestations sociales versées à M. Y.

La Cour d'appel de Nancy, par un arrêt du 7 décembre 2015, rejette la demande formée par la MSA au motif qu'elle n'avait pas attiré M. Z à l'instance et que, de ce fait, ce dernier ne pouvait aucunement être condamné à lui verser une quelconque somme.

La Cour de cassation casse la décision d'appel en affirmant que la recevabilité de l'action d'un tiers subrogé dans les droits de la victime contre l'assureur du responsable n'est pas subordonnée à l'appel en cause de l'assuré ; en l'espèce, alors que M. Z. n'avait pas été attiré dans la cause, il était possible pour la MSA, subrogée dans les droits de la victime M. Y, de former un recours subrogatoire à l'encontre de son assureur.

1.6. Résiliation du contrat d'assurance et cessation des indemnités

- *Cass. civ. 2, 2 février 2017 (pourvoi n°15-28.011) société anonyme de défense et d'assurance c/ société Nexity Lamy*

Une société d'administration de biens souscrit un contrat d'assurance auprès de la société anonyme de défense et d'assurance, pour le compte de propriétaires bailleurs dont l'assurée gérait les biens, afin de les garantir contre le risque d'impayé locatif.

En 2010, l'assureur invoque un taux de sinistres trop important et résilie le contrat, la résiliation prenant effet au 31 décembre 2010. À cette date, l'assureur refuse de garantir les sinistres nés et déclarés avant la date d'effet de résiliation, en se prévalant de stipulations de la police selon lesquelles la résiliation du contrat entraîne la cessation des indemnités.

La Cour d'appel de Versailles condamne l'assureur en estimant que lesdites stipulations devaient être réputées non écrites, au motif qu'elles créaient un avantage illicite au profit du seul assureur ayant perçu les primes sans contrepartie.

La Cour de cassation casse et annule cet arrêt, en considérant que l'obligation faite aux assurés de payer les primes avait bien comme contrepartie l'obligation faite à l'assureur de les indemniser des pertes locatives subies antérieurement à la résiliation du contrat ainsi que, postérieurement à celle-ci, de prendre en charge la totalité des frais de procédure et d'assurer le suivi de la procédure

jusqu'à son terme lorsque les conditions du contrat étaient remplies. Les stipulations ne méritaient donc pas d'être réputées non écrites, elles étaient valables.

Par ailleurs, en l'espèce, les pertes pécuniaires liées aux défaillances postérieures à la résiliation ne trouvaient pas leur origine dans les impayés survenus pendant la période de validité du contrat. Il n'y avait donc pas lieu à indemnisation de la part de l'assureur.

1.7. Faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré

- *Cass. civ. 2, 12 janvier 2017 (pourvoi n°16-10042) non publié au bulletin*

Un couple achète à un autre couple une maison par l'intermédiaire d'une société agent immobilier dont le co-gérant est le mari du couple vendeur. En raison des désordres affectant la maison, le couple acquéreur assigne le couple vendeur en résolution de la vente et la société agent immobilier en dommages et intérêts pour défaut de conseil. La société agent immobilier assigne en garantie son assureur et le couple acquéreur exerce une action directe à l'égard de cet assureur en paiement de l'indemnité d'assurances. Devant la cour de cassation, l'assureur prétendait que le défaut de conseil de la société agent immobilier est une faute dolosive exclusive de garantie puisque cette dernière peut consister en une mauvaise foi consciente et délibérée du cocontractant dans l'inexécution ou la mauvaise exécution de ses obligations, indépendamment de toute intention de nuire.

La Cour de cassation confirme l'arrêt entrepris au motif que c'est dans l'exercice de leur pouvoir souverain d'appréciation que les juges du fond ont retenu que la négligence inacceptable de la société agent immobilier, qui s'est abstenue d'exercer son devoir de conseil à l'égard du couple acquéreur, avait cependant été commise avec la simple conscience qu'elle faisait courir un risque aux acheteurs et qu'en l'absence de caractère intentionnel ou dolosif du manquement, l'assureur restait tenu de garantir les conséquences de la responsabilité civile de son assurée.

2. JURISPRUDENCE EN MATIÈRE D'ASSURANCE VIE

2.1. Assurance-vie et produits structurés

- *Cass. civ. 2, 23 novembre 2017 (pourvoi n°16-22.620)*

La qualification d'obligation n'est pas subordonnée à la garantie de remboursement du nominal du titre.

Un particulier souscrit, par l'intermédiaire de son courtier, un contrat d'assurance-vie auprès d'un assureur. En cours de contrat, il procède à un arbitrage de l'ensemble de sa prime pour la placer sur un unique support nommé « *Optimiz Presto 2* », commercialisé par l'assureur comme un produit obligataire non garanti en capital à échéance et dont les actifs concernés sont admis sur le marché officiel de la Bourse de Luxembourg.

À la suite des mauvaises performances de ce support, l'assuré soutenant qu'il ne pouvait être éligible à l'assurance sur la vie, et reproche alors à l'assureur et au courtier d'avoir manqué à leur devoir d'information et de mise en garde. Il les assigne donc tous les deux en dommages et intérêts.

La Cour d'appel de Paris, par un arrêt du 21 juin 2016, a condamné l'assureur à payer à son assuré la somme de 416.238,03 euros, en se fondant sur l'article L. 213-5 du Code monétaire et financier, selon lequel : « *Les obligations sont des titres négociables qui, dans une même émission, confèrent les mêmes droits de créance pour une même valeur nominale.* »

Elle a jugé qu'au regard de cet article, le produit « *Optimiz Presto 2* » ne pouvait être considéré comme un produit obligataire. En effet, elle a considéré qu'en vertu de l'article L. 213-5 du CMF, une obligation était un titre de créance, représentatif d'un emprunt et dont le détenteur a droit au remboursement du nominal à l'échéance. Or en l'espèce, les prospectus commerciaux de l'assureur rappelaient que, pour le produit « *Optimiz Presto 2* », il n'y avait pas de garantie en capital, ce qui empêchait le détenteur de ce produit d'avoir droit au remboursement du nominal à l'échéance. Ainsi, le produit ne pouvait être qualifié de produit obligataire et, de ce fait, n'était pas éligible au contrat d'assurance-vie.

La Cour de cassation casse et annule l'arrêt d'appel au visa des articles L. 213-5 du CMF, L. 228-38 du Code de commerce et R. 131-1 et R. 332-2 du Code des assurances. Elle juge que la qualification d'obligation n'est pas subordonnée à la garantie de remboursement du nominal du titre et qu'en décidant du contraire, la Cour d'appel avait violé les articles précités en leur rajoutant une condition qui n'existait pas.

2.2. Étendue du devoir de conseil et d'information

2.2.1. **Obligation du prestataire de services d'investissement**

- **Cass. com, 21 juin 2017** (pourvoi n°15-25.478) *M. et Mme X. c/ Société Neuflyze OBC, Société Neuflyze OBC investissements et Société Neuflyze Vie*

Le prestataire de services d'investissement est tenu de relever les potentielles incohérences entre les réponses apportées par son client dans le questionnaire de « connaissance client » et les profils d'orientation ultérieurement choisis par ce dernier, lesquels doivent correspondre à l'optique exprimée dans le questionnaire.

Les époux X. souscrivent, auprès d'une banque, des contrats d'assurance vie comportant un compartiment en euros, un compartiment dit « classique », ainsi qu'un compartiment personnalisé, qui donnent lieu à des mandats de gestion. Par la suite, les assurés reprochent à la banque et aux sociétés mandataires d'avoir commis des fautes à l'origine de pertes en capital.

Les époux X. les assignent donc en paiement de dommages-intérêts.

La Cour d'appel de Paris, par un arrêt du 25 juin 2015, les déboute de leur demande. En effet, elle considère que les époux X. avaient reçu une information complète, exacte et objective de toutes les caractéristiques des produits et supports correspondant et qu'ils étaient de ce fait parfaitement éclairés sur les orientations et types de gestion des placements proposés.

La Cour de cassation casse l'arrêt d'appel en ce que les juges du fond avaient considéré qu'il n'y avait pas d'incohérence entre les questionnaires de « connaissance client » renseignés par les époux X. et les profils d'orientation choisis et que ceux-ci avaient le profil de clients acceptant le risque de pertes, alors même qu'ils avaient pourtant relevé que Mme X. avait mentionné dans son questionnaire qu'elle n'envisageait aucune perte, même minimale.

En ne relevant pas, en conséquence, que Mme X. avait choisi une répartition de son épargne incohérente avec l'optique sécuritaire exprimée dans ce questionnaire, la Cour d'appel a alors violé l'article 1147 du Code civil, et les articles L. 533-11 du Code monétaire et financier, et 314-44 du règlement général de l'AMF, et l'article L. 132-5 du Code des assurances.

- **Cass. civ. 2, 8 décembre 2016** (pourvoi n°14-29.729), *Mme X. c/ BNP Paribas*

Le prestataire de service d'investissement doit s'assurer de l'adéquation des produits proposés avec la situation personnelle et les attentes de ses clients.

M. et Mme X., ont chacun adhéré, le 21 janvier 2000, à un contrat collectif d'assurance sur la vie souscrit par la BNP Paribas auprès d'un assureur. M. X. décède en 2009. La BNP informe alors Mme X qu'elle est bénéficiaire d'un capital de 13.752,26 euros, au titre de l'assurance vie de son époux défunt.

Mme X reproche à la BNP Paribas d'avoir manqué à son obligation d'information et de conseil et assigne la banque en paiement de dommages et intérêts. La Cour d'appel de Poitiers, par un arrêt du 3 octobre 2014, rejette les demandes de Mme X, au motif que rien ne permettait de juger que la BNP avait effectivement manqué à son obligation d'information et de conseil.

La Cour de cassation censure la décision des juges d'appel en deux temps :

- La Cour d'appel aurait dû rechercher si la banque avait, lors de l'adhésion au contrat collectif d'assurance sur la vie, satisfait à son obligation de s'assurer de l'adéquation des produits proposés avec la situation personnelle et les attentes des époux X. ;
- La Cour d'appel aurait également dû rechercher si la banque avait, en cours d'exécution du contrat (au moment de la signature d'avenants), satisfait à son obligation de s'assurer de l'adéquation des produits proposés avec la situation personnelle et les attentes des époux X.

Ici, la Cour de cassation rappelle expressément que les établissements de crédit agissant en qualité de prestataires de services d'investissement sont débiteurs d'une obligation d'information et de conseil au moment de la conclusion d'un contrat, mais également en cours d'exécution dudit contrat. Au titre de cette obligation, ils sont en tous temps tenus de vérifier l'adéquation des produits qu'ils proposent avec la situation et les objectifs de leurs clients.

2.2.2. Matérialisation du devoir de conseil et d'information de l'assureur

- **Cass. civ. 2, 8 décembre 2016** (pourvoi n°15-26.086), *M. X. c/ société Sogelifé*

La note d'information, dont la remise est imposée préalablement à la conclusion d'un contrat d'assurance vie par l'article L. 132-5-2 du Code des assurances, doit se borner à énoncer les informations essentielles dudit contrat. Autrement, elle est privée de tout effet et l'assureur n'aura pas satisfait à son obligation précontractuelle d'information.

M. X. souscrit, auprès d'un assureur, un contrat d'assurance-vie sur lequel il a effectué des versements s'élevant à plusieurs millions d'euros. Quelques années plus tard, il soutient que son assureur a manqué à ses obligations précontractuelles d'information (imposées par l'article L. 132-5-1 du Code des assurances), exerce sa faculté prorogée de renonciation et demande la restitution des sommes versées.

La Cour d'appel de Versailles, dans un arrêt du 8 octobre 2015, rejette les demandes de M. X. au motif que l'assureur avait bien satisfait à ses obligations d'information en remettant à l'assuré une note d'information, même si celle-ci reprenait les conditions générales du contrat.

Au regard de ces observations, la Cour de cassation casse et annule l'arrêt d'appel : en relevant justement que la note d'information contenait exactement les mêmes informations que le document nommé « conditions générales », à l'exception d'une annexe, les juges du fond auraient dû juger que la note d'information ne se limitait pas aux seules dispositions essentielles du contrat. En ne le faisant pas, ils ont donc violé l'article L. 132-5-2 du Code des assurances.

Ici, la Cour de cassation juge implicitement que si la note d'information ne se borne pas à énoncer les informations essentielles du contrat, il convient de considérer que c'est comme si elle n'existait pas, et qu'elle devient dénuée de tout effet, inopérante. En effet, le but de cette note est justement de limiter son contenu afin d'attirer le regard du souscripteur sur une petite surface, favorisant ainsi sa compréhension et sa meilleure information.

2.2.3. Limites à la protection du souscripteur

- **Cass. civ. 2, 29 juin 2017** (pourvoi n°16-22.422) *M. X. c/ société Cardif assurance vie – rejet du pourvoi contre Cour d'appel de Lyon, 14 juin 2016*

L'assuré qui reconnaît, par la signature d'un bulletin d'adhésion, avoir reçu un exemplaire des dispositions générales et des conditions de fonctionnement d'un contrat d'assurance vie est réputé en avoir eu connaissance. Celles-ci lui sont alors pleinement opposables.
--

M.X. souscrit à un contrat d'assurance vie, sur lequel l'assureur lui consent des avances (à savoir lui prête une partie des fonds investis sur le contrat). Après le rachat de ce contrat, l'assureur l'assigne en paiement du solde restant dû de ces avances.

M. X. tente de se défendre en exposant que l'assureur aurait dû, pour s'en prévaloir, porter à sa connaissance les conditions générales au moment de son adhésion. Ses arguments sont rejetés par l'arrêt de la Cour d'appel de Lyon du 14 juin 2016, au motif que M. X. avait signé un bulletin d'adhésion, par lequel il reconnaissait avoir reçu un exemplaire des dispositions générales et des conditions de fonctionnement du contrat.

La Cour de cassation rejette à son tour le pourvoi de M. X. pour les mêmes raisons, précisant qu'en raison de la signature de ce bulletin d'adhésion, la Cour d'appel avait légitimement pu en déduire que ces dispositions et conditions avaient été portées à la connaissance de l'assuré lors de son adhésion et lui étaient opposables, même si elles ne comportaient ni signature ni date elles-mêmes.

2.2.4. Exercice de la faculté de renonciation au contrat pour défaut d'information

a. Le possible cumul des articles L. 132-5-1 du Code des assurances et de l'article 1240 du Code civil

- **Cass. civ. 2, 23 novembre 2017** (pourvoi n°16-21.671)

L'exercice de la faculté de renonciation, prévue par l'article L. 132-5-1 du Code des assurances en cas de défaut de remise des documents et des informations ne fait pas obstacle à l'application des dispositions du nouvel article 1240 du Code civil, fût-ce au titre du même manquement de l'assureur à son devoir d'information.

Les époux X. avaient souscrit des contrats de capitalisation en unités de compte, ainsi qu'un contrat collectif d'assurance sur la vie. Ils se prévalent par la suite du manquement, par l'assureur, à son obligation d'information précontractuelle, mise à sa charge par l'article L. 132-5-1 du Code des assurances et lui notifient leur renonciation auxdits contrats.

En outre, ils assignent également cet assureur en indemnisation des préjudices qu'ils soutenaient avoir subi du fait du non-respect de son obligation d'information et de mise en garde.

La Cour d'appel de Versailles, dans un arrêt du 2 juin 2016, rejette leurs demandes, au motif que la faculté de renonciation prévue par l'article L. 132-5-1 pour sanctionner le manquement d'un assureur à son obligation d'information précontractuelle est exclusive de toute autre sanction. Les époux X. ayant reçu la restitution de leurs primes au titre de cette renonciation, ils ne pouvaient demander en sus des dommages et intérêts pour le même manquement.

La Cour de cassation casse et annule l'arrêt d'appel et indique expressément que la faculté de renonciation prévue à l'article L. 132-5-1 ne fait pas obstacle à une demande indemnitaire de la part des assurés, fondée sur l'article 1240 du Code civil, pour le même manquement. Il conviendra en revanche de prendre en considération, pour l'appréciation des conséquences dommageables du manquement sur le terrain de la responsabilité civile, la restitution des primes et le paiement des intérêts au taux légal.

b. L'exercice de la faculté de renonciation ne doit pas constituer un abus de droit de la part de l'assuré

- **Cass. civ. 2, 5 octobre 2017** (pourvoi n°16-19.565)

Le juge doit contrôler si l'exercice de la faculté de renonciation de l'assuré ne constitue pas un abus de droit : il doit vérifier sa qualité d'assuré averti ou de profane et l'état des informations dont il dispose réellement.

M. X. souscrit un contrat d'assurance-vie, sur lequel il investit une somme d'un million d'euros. Après un rachat partiel à hauteur de 300.000 €, il reproche à son assureur d'avoir manqué à son obligation d'information précontractuelle et se prévaut alors de la faculté de renonciation des articles L. 132-5-1 et L. 132-5-2 du Code des assurances.

La Cour d'appel d'Aix-en-Provence accède à sa demande par un arrêt du 20 novembre 2014, aux motifs que ladite faculté de renonciation est discrétionnaire et ne requiert pas la bonne foi de l'assuré, dont la loi, au surplus, n'exige pas qu'il soit non averti.

La Cour de cassation censure cet arrêt d'appel. Elle établit que les juges du fond n'auraient pas dû se contenter de constater que les conditions d'exercice du droit de renonciation prévu aux articles précités étaient remplies. La Cour d'appel aurait dû en réalité vérifier la finalité de l'exercice de la faculté de renonciation de l'assuré, et si cet exercice ne constituait pas un abus de droit. Pour ce faire, elle aurait dû vérifier la situation concrète de l'assuré, à savoir s'il était averti ou profane, et quelles étaient les informations dont il disposait réellement.

c. Renonciation au contrat et abus de droit : QPC non transmise

Cass. Civ. 2, 27 avril 2017 (pourvoi n°17-40027)

Deux souscriptrices de contrats d'assurance vie en unités de comptes se prévalent du manquement de l'assureur à son obligation précontractuelle d'information et ont soutenu la QPC suivante : « *Sur la conformité de l'article L. 132-5-1 (ancien) du code des assurances dans sa rédaction issue de la loi n° 94-5 du 4 janvier 1994, applicable aux faits de la cause, et de l'article L. 132-5-2 (ancien) du code des assurances dans sa rédaction issue de la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005, tels qu'interprétés par la jurisprudence de la Cour de cassation issue des arrêts de revirement du 19 mai 2016, aux droits et libertés garantis par la Constitution, en particulier au principe d'intelligibilité de la loi, à la garantie des droits et au principe de la liberté contractuelle et du droit au maintien des conventions et contrats légalement conclus, découlant des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789* »

La Cour de cassation rejette la QPC au motif notamment que l'exercice de la faculté prorogée de renonciation prévue à l'article L. 132-5-1 du code des assurances dans sa rédaction issue de la loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 et à l'article L. 132-5-2 du même code dans sa rédaction issue de la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 en l'absence de respect par l'assureur du formalisme informatif édicté par ces textes répond à l'objectif de protection des consommateurs en leur permettant d'obtenir les informations nécessaires pour choisir le contrat convenant le mieux à leurs besoins pour profiter d'une concurrence accrue dans un marché unique de l'assurance ; que la portée effective conférée à ces dispositions par la jurisprudence constante de la Cour de cassation à laquelle se réfère la question, qui conduit à priver d'efficacité une renonciation déjà effectuée lorsqu'il est établi que l'exercice de cette prérogative a été détourné de sa finalité, garantit le respect du principe général de loyauté s'imposant aux contractants ; que, dans la mesure où elle repose sur un motif d'intérêt général en rapport direct avec le but poursuivi par le législateur, il ne peut être sérieusement soutenu qu'elle affecte une situation légalement acquise dans des conditions contraires à la garantie des droits proclamée par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

2.3. Assurance-vie et rapport à succession

Cass. Civ. 1, 8 mars 2017, n°16-10384 (pourvoi n°16-10384)

La souscriptrice d'un contrat d'assurance vie désigne les deux enfants d'un de deux ses fils comme seuls bénéficiaires. A son décès, l'autre de ses fils assigne son frère et ses deux enfants bénéficiaires en partage de la succession.

L'arrêt entrepris a jugé que les deux bénéficiaires doivent rapporter à la succession la prime versée par leur grand-mère sur le contrat d'assurance vie parce qu'elle était manifestement exagérée au regard des facultés de la souscriptrice.

La Cour de cassation censure les juges du fond au motif que le rapport des libéralités à la succession n'est dû que par les héritiers *ab intestat* (en l'absence de testament).

Seul l'héritier *ab intestat* bénéficiaire du contrat d'assurance-vie peut être débiteur du rapport successoral lorsque les primes sont manifestement exagérées.

3. JURISPRUDENCE EN MATIÈRE D'INTERMÉDIATION

3.1. Le devoir de conseil incombant à l'intermédiaire d'assurance

- *Commission des sanctions de l'ACPR, procédure n°2016-04, 18 mai 2017*

Les intermédiaires d'assurance doivent respecter le devoir de conseil leur incombant au titre des articles L. 520-1 et L. 132-27-1 du Code des assurances, ce qui implique pour eux de recueillir des informations précises sur les besoins et exigences de leurs clients, leur permettant de justifier les conseils qu'ils leur fournissent.

L'ACPR rappelle dans un premier temps les dispositions des articles L. 520-1, III, L. 132-27-1 et R. 132-5-1-1 du Code des assurances, qui établissent le devoir de conseil incombant à un intermédiaire d'assurance avant la conclusion d'un contrat d'assurance individuel comportant des valeurs de rachat, d'un contrat de capitalisation, ou avant l'adhésion à un contrat mentionné aux articles L. 132-5-3 et L. 441-1 du Code des assurances, et devant être matérialisé par écrit, avec clarté et exactitude sur support papier ou autre support durable.

S'appuyant sur ces dispositions législatives, la Commission des sanctions de l'ACPR indique qu'en l'espèce, le courtier a manqué à ses obligations précitées, et ce pour plusieurs raisons :

- ⇒ Le courtier n'a pas respecté ses propres procédures, prévoyant le recueil, par ses conseillers, des informations relatives aux clients (situation financière et objectifs de souscription) : l'ACPR relève que, sur 47 souscriptions ou adhésions réalisées auprès du courtier, seules 17 fiches de préconisation, renseignées et signées par les clients étaient présentes au moment du contrôle. Par ailleurs, les fiches existantes étaient également incomplètes puisque n'y figuraient pas certains éléments déterminants à l'évaluation de la situation financière du client et de ses objectifs de souscription, et que les objectifs et stratégies d'investissement du client étaient définis de façon trop large et générale pour permettre un véritable conseil.
- ⇒ Le courtier n'est pas en mesure de produire les raisons qui ont motivé le conseil qu'il a fourni aux clients : en effet, d'une part les fiches de préconisation – lorsqu'elles existaient – ne prévoyaient pas de rubrique permettant au conseiller d'explicitier les raisons ayant motivé le conseil fourni quant à un contrat déterminé. Surtout, en raison du caractère trop général de ces fiches, les conseillers ne pouvaient fournir un conseil personnalisé aux besoins et exigences de chaque client, ce qui les a conduit à leur recommander la

souscription de nouveaux contrats, alors que le rachat des anciens supports conduisait à une perte financière pour les clients.

Au vu de ces manquements, et ayant également constaté une mauvaise gestion du risque née de la distribution d'un produit financier, la Commission des sanctions de l'ACPR a prononcé, à l'encontre du courtier, un blâme et une sanction pécuniaire de 5 millions d'euros.

- **Le devoir de conseil du conseiller en gestion de patrimoine intervenant en qualité de courtier**

Cass. com. 18 janvier 2017 (pourvoi n°15-19913)

Le conseiller en gestion de patrimoine qui intervient également en qualité de courtier d'assurance n'est pas tenu envers son client, même non averti, d'une obligation de mise en garde s'il lui propose d'investir ses capitaux dans des produits financiers qui, bien que soumis aux variations des marchés financiers, ne présentent pas de caractère spéculatif.

3.2. La charge de la preuve de la qualité d'assureur pèse sur la victime qui assigne

Cass. civ. 2, 29 juin 2017 (pourvoi n°16-18.672) société Gras Savoye c/ Mme X.

Il incombe à la victime de rapporter la preuve que la société de courtage qu'elle assigne est l'assureur du responsable de l'accident.

Lors d'une promenade à cheval, Mme X. chute et se blesse. Elle assigne alors le centre équestre ayant organisé la promenade, ainsi que la société qu'elle désignait comme l'assureur de ce dernier (la société Gras Savoye), en indemnisation de ses préjudices. Les juges de première instance accèdent à sa demande.

La société Gras Savoye interjette alors appel de ce jugement, en arguant de sa qualité de courtier par le biais d'un extrait Kbis et sollicitant sa mise hors de cause.

Néanmoins, la Cour d'appel de Basse-Terre, dans un arrêt du 22 février 2016 juge que cet extrait Kbis n'est pas suffisant à établir que la société Gras Savoye, qui exerçait diverses activités spécialisées dans l'assurance, dont celle de courtage en assurance, n'était pas l'assureur du centre équestre et ne le garantissait pas contre les conséquences pécuniaires dues à tout dommage causé aux tiers. Elle condamne donc la société Gras Savoye *in solidum* avec le centre équestre à indemniser la victime.

La Cour de cassation casse cet arrêt : en jugeant qu'il appartenait à la société Gras Savoye de prouver qu'il n'était pas l'assureur du centre équestre, la Cour d'appel a en réalité inversé la charge de la preuve. C'était à la victime qu'il incombait d'établir que la société Gras Savoye était bien l'assureur du responsable du dommage.

COMMISSION OUVERTE DROIT DES ASSURANCES ET RESPONSABILITE CIVILE DU 18 JANVIER 2018

Intervenant : Monsieur le Professeur Luc Mayaux

Responsable : Maître Ludovic Gayral (Vatier & associés)

ACTUALITES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

1. Actualités en droit des assurances (en général)

1.1. Distribution des produits d'assurance : report de l'application de la directive (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances

- ***Directive (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances et décision du Parlement européen du 25 octobre 2017***

Cette directive européenne s'inscrit dans une démarche d'uniformisation de la réglementation de la distribution des produits d'assurance en Europe, afin de garantir une protection homogène des clients dans leurs relations avec les distributeurs d'assurance.

Pour ce faire, le champ d'application de la directive couvre non seulement les entreprises ou intermédiaires d'assurance, mais également d'autres acteurs du marché, qui vendent des produits d'assurance à titre accessoire (agences de voyage ou sociétés de location par exemple).

Cette directive établit trois nouveautés majeures :

- ⇒ **Introduction d'un dispositif « surveillance et gouvernance produit » (article 25)** : il s'agit de veiller à ce que les produits d'assurance distribués soient conformes à l'intérêt et aux besoins des clients.
- ⇒ **Renforcement du devoir de conseil** : il s'agit de protéger les clients en renforçant la standardisation de l'information précontractuelle et la traçabilité du conseil donné.
- ⇒ **Nouvelles règles relatives à la prévention des conflits d'intérêts** (article 19) : la directive renforce les règles de conduite destinées à prévenir les conflits d'intérêts, obligeant notamment l'intermédiaire d'assurance à révéler au client un certain nombre d'informations avant la conclusion d'un contrat.

Réuni en séance plénière le 25 octobre dernier, le Parlement européen a demandé à la Commission européenne de reporter l'application de cette directive au 1 ^{er} octobre 2018.
--

1.2. Création d'un régime de résolution pour le secteur des assurances

- **Ordonnance n°2017-1608, 27 novembre 2017, relative à la création d'un régime de résolution pour le secteur de l'assurance** : JO 28 nov. 2017, texte n°22

Prise sur le fondement de la loi « Sapin II » n°2016-1691 du 9 décembre 2016, relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, cette ordonnance a pour but de mieux prévenir les défaillances d'organismes ou de groupes d'assurance, et d'en minimiser les conséquences négatives éventuelles.

Pour ce faire, le chapitre I de cette ordonnance confie des pouvoirs supplémentaires à l'ACPR.

Le chapitre II, quant à lui, regroupe toutes les dispositions relatives aux régimes de résolution en assurance, et ce en 7 sections :

- ⇒ La section 1 traite du champ d'application du régime de résolution, de la nouvelle notion de « fonctions critiques » et de la prise en compte des spécificités de l'organisme par le collège de résolution de l'ACPR.
- ⇒ La section 2 traite des plans préventifs de rétablissements : il est prévu que certains organismes ou groupes soient astreints à préparer un tel plan, en fonction de leur taille ou s'ils présentent un risque particulier. Cette section prévoit également la nature des mesures que devront comporter ces plans.
- ⇒ La section 3 traite des plans préventifs de résolution et notamment les mesures pouvant être prises par le collège de résolution pour faire face à la défaillance des assureurs, tout en assurant, dans la mesure du possible, le maintien des fonctions « critiques ».
- ⇒ La section 4 impose au collège de résolution, lorsqu'il élabore ou actualise le plan préventif de résolution, de rechercher s'il n'existe pas d'obstacles à la mise en œuvre des mesures contenues dans ledit plan. Si le collège découvre de tels obstacles, il pourra enjoindre à l'assureur de prendre les mesures adéquates.
- ⇒ La section 5 traite des mesures de prévention, en prévoyant notamment la possibilité, pour l'ACPR, d'enjoindre à un organisme défaillant astreint à un plan de rétablissement d'y faire figurer certaines des mesures qu'elle avait elle-même prévu dans son plan de résolution. Ces mesures ne pourront affecter les contrats auxquels l'assureur est partie et l'organisme pourra prévoir les conditions dans lesquelles la rémunération variable (non encore versée) des dirigeants pourra être réduite ou annulée.
- ⇒ La section 6 détaille les outils à la disposition du collège de résolution.
- ⇒ La section 7 traite de la coopération et de l'échange d'informations, en fixant néanmoins les règles de confidentialité applicables en la matière.

Enfin, le chapitre III instaure des mesures de coordination visant à permettre temporairement la poursuite d'activité d'un assureur en résolution, dont l'agrément devrait être retiré autrement.

1.3. Amélioration du fonctionnement et de l'efficacité opérationnelle des mutuelles

- **Ordonnance n°2017-734, 4 mai 2017**, portant modification des dispositions relatives aux organismes mutualistes : JO 5 mai 2017, texte n°43 & **Projet de loi ratifiant cette ordonnance, n°165, déposé le 14 septembre 2017**

Cette ordonnance a eu pour objet de permettre aux mutuelles de disposer d'un cadre juridique plus adapté aux évolutions récentes de leur secteur d'activité. Elle a trois apports principaux :

- ⇒ La révision de la gouvernance des mutuelles : l'ordonnance a notamment permis une évolution des rôles entre l'assemblée générale et le conseil d'administration, a clarifié et simplifié les modalités d'élection ou de désignation des délégués à l'assemblée générale et a enfin modernisé le statut de l'élu mutualiste aux fins d'améliorer la reconnaissance de l'engagement mutualiste.
- ⇒ L'évolution des organismes mutualistes, notamment en ouvrant le champ des activités autorisées aux mutuelles et unions qui assurent la gestion d'œuvres sanitaires ou sociales aux activités sportives ou funéraires. De même, l'ordonnance a permis de renforcer le rôle des fédérations, en leur attribuant de nouvelles missions, en particulier relatives à la formation et à la prévention des risques.
- ⇒ L'harmonisation des règles entre les Codes de la mutualité, de la sécurité sociale et des assurances afin de permettre une meilleure information et protection des assurés.

Un projet de loi ratifiant cette ordonnance a été présenté au Conseil des ministres du 6 septembre 2017 et déposé à l'Assemblée nationale le 14 septembre 2017.

1.4. Assurance emprunteur : protection accrue des candidats à l'assurance emprunteur

1.4.1. Faculté de résiliation annuelle & actualisation de la fiche standardisée d'information

- **Loi n°2017-203 du 21 février 2017**

La loi Hamon (n°2014-344, 17 mars 2014) avait établi la faculté pour l'emprunteur de résilier et de substituer l'assurance emprunteur pendant les 12 premiers mois suivant la signature de l'accord de prêt par la banque, voire après ce délai si le contrat de prêt l'autorisait.

La loi du 21 février 2017 complète ces dispositions, en étendant la faculté de résiliation annuelle prévue à l'article L. 113-2 du Code des assurances en matière d'assurance emprunteur. Depuis le 1^{er} janvier 2018, le souscripteur d'un contrat d'assurance emprunteur possède une faculté de substitution s'il exerce son droit de résiliation annuel sur le contrat d'assurance en cours, quelle que soit la date de signature dudit contrat.

Cette faculté de résiliation est toujours soumise à la condition que la banque accepte la demande de l'assuré emprunteur en vérifiant que le nouveau contrat d'assurance de prêt présente un niveau de garantie équivalent à l'ancien.

Désormais, les emprunteurs pourront résilier leur assurance-crédit tous les ans.

- **Arrêté du 14 juin 2017** modifiant l'arrêté du 29 avril 2015 précisant le format et le contenu de la fiche standardisée d'information relative à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt

En vertu de l'article L. 313-10 du Code de la consommation, modifié par la loi du 21 février 2017 précitée, toute personne qui se voit proposer ou qui sollicite une assurance ayant pour objet de garantir le remboursement d'un prêt doit se voir fournir, lors de la première simulation, une fiche standardisée d'information, dont le contenu est actualisé par cet arrêté.

- ⇒ La fiche doit dorénavant informer l'emprunteur que depuis le 1^{er} janvier 2018, il dispose d'une **faculté de substitution** s'il exerce son **droit de résiliation annuel** sur son contrat d'assurance en cours, quelle que soit la date de signature du contrat. De plus, désormais, la fiche comporte la mention suivante : « Depuis le 1^{er} janvier 2017, les offres de prêts doivent préciser les documents que doit contenir la demande de substitution. »
- ⇒ La fiche doit enfin préciser que, en plus de son impossibilité de refuser le contrat proposé par l'emprunteur en garantie si celui-ci présente un niveau de garantie équivalent à celui proposé par ses soins, le prêteur ne pourra pas non plus le refuser si la garantie est **équivalente à celle du contrat de l'emprunteur en cours**.

Il faut néanmoins noter que le Conseil d'État a été saisi d'une demande en annulation de cet arrêté. Ce dernier a alors accepté de transmettre une QPC au Conseil constitutionnel le 11 octobre 2017, portant sur la conformité à la Constitution de l'article 10 de la loi du 21 février 2017, établissant la possibilité de résilier annuellement l'assurance emprunteur, quelle que soit sa date de souscription.

Le Conseil constitutionnel a statué le 12 janvier 2018 : il a décidé que cet article était conforme à la Constitution. Il précise qu'« en instituant un droit de résiliation annuel des contrats d'assurance de groupe au bénéfice des emprunteurs, le législateur a entendu renforcer la protection des consommateurs en assurant un meilleur équilibre contractuel entre l'assuré emprunteur et les établissements bancaires et leurs partenaires assureurs. (...) en appliquant ce droit de résiliation aux contrats en cours, le législateur a voulu, compte tenu de la longue durée de ces contrats, que cette réforme puisse profiter au grand nombre des emprunteurs ayant déjà conclu un contrat d'assurance collectif. Il a ainsi poursuivi un objectif d'intérêt général ». Il considère que les dispositions contestées n'ont pas pour effet d'entraîner directement la résiliation de contrats en cours, mais seulement d'ouvrir aux emprunteurs une faculté annuelle de résiliation.

1.4.2. Recommandation quant à la protection du droit au libre choix du contrat d'assurance emprunteur

- **ACPR**, *Recommandation sur le libre choix de l'assurance emprunteur souscrite en couverture d'un crédit immobilier 2017-R-01, 26 juin 2017*

Au cours d'un état des lieux réalisé par l'ACPR relativement aux pratiques appliquées par les principaux acteurs bancaires en matière d'assurance emprunteur, celle-ci a pu constater l'existence de divers obstacles à la mise en œuvre du droit au libre choix du contrat d'assurance emprunteur. Elle a donc formulé une recommandation visant à permettre, plus efficacement, aux candidats à

l'emprunt d'opter librement pour le contrat d'assurance de leur choix, sous réserve que celui-ci présente un niveau de garantie équivalent à celui proposé par le prêteur.

L'ACPR recommande notamment :

- ⇒ La mise en place de moyens et de procédures permettant d'améliorer les modalités de traitement des demandes d'assurance externe (c'est-à-dire ne faisant pas partie des produits commercialisés par l'établissement prêteur), ce qui permettrait de répondre plus efficacement aux démarches des demandeurs, et d'assurer l'effectivité du droit de libre choix.
- ⇒ Le renforcement de l'information préalable de la clientèle des acteurs bancaires, par exemple en faisant figurer, sur les sites des établissements prêteurs, la liste des pièces nécessaires aux clients pour exercer leur faculté de déliaison ou de substitution, ou encore en remettant à chaque client une fiche personnalisée avant la conclusion du prêt, mentionnant tous les critères valorisés exigés par le prêteur (étant entendu qu'il conviendra pour le prêteur d'adapter ses exigences en fonction du profil de l'emprunteur).
- ⇒ L'adoption de moyens permettant de contrôler la conformité des pratiques commerciales des prêteurs avec le libre choix de l'assurance emprunteur.

Cette recommandation est effective depuis le 1 ^{er} janvier 2018.
--

1.4.3. Protection des candidats présentant un risque aggravé du fait de leur état de santé ou de leur handicap

- *Décret n°2017-173 du 13 février 2017 précisant les modalités d'information des candidats à l'assurance-emprunteur lorsqu'ils présentent du fait de leur état de santé ou de leur handicap un risque aggravé*

Ce décret s'adresse aux candidats à l'assurance ayant pour objet le remboursement d'un prêt, aux entreprises d'assurance relevant du code des assurances, aux institutions de prévoyance, aux unions relevant du code de la sécurité sociale et aux mutuelles et unions relevant du code de la mutualité.

Il instaure un article D. 1141-2 du Code de la santé publique, obligeant les organismes assureurs à remettre aux candidats à l'assurance emprunteur un document d'information précisant :

- ⇒ Les conditions et les délais dans lesquels les candidats à l'assurance ne sont pas tenus de déclarer leurs antécédents médicaux ;
- ⇒ La grille de référence prévue à l'article L. 1141-5, permettant de fixer les conditions et les délais dans lesquels les candidats à l'assurance ne pourront se voir appliquer une majoration de tarifs ou une exclusion de garanties ;
- ⇒ Les modalités de consultation de cette grille de référence.

- **Arrêté du 10 mai 2017** fixant le document relatif à l'information des candidats à l'assurance-emprunteur lorsqu'ils présentent du fait de leur état de santé ou de leur handicap un risque aggravé

L'arrêté fixe le contenu du document d'information prévu par l'article D. 1141-2 du Code de la santé publique, en mettant en place les deux mécanismes réglementaires prévus :

- ⇒ Mise en place d'un droit à l'oubli : le document précise les cas et les conditions dans lesquels un candidat ayant souffert d'un « ancien cancer » est autorisé à ne pas le déclarer lors de la souscription d'une assurance emprunteur. Ainsi, peuvent bénéficier du droit à l'oubli :
 - Un candidat ayant été diagnostiqué d'un cancer avant ses 18 ans, si la date de fin du protocole thérapeutique remonte à plus de 5 ans au jour de sa demande d'assurance et qu'aucune rechute n'a été constatée.
 - Un candidat ayant été diagnostiqué d'un cancer à compter de ses 18 ans, si la date de fin du protocole thérapeutique remonte à plus de 10 ans au jour de sa demande d'assurance et qu'aucune rechute n'a été constatée.
- ⇒ Mise en place d'une grille de référence fixant :
 - Les délais au-delà desquels aucune surprime ni exclusion de garantie ne sera appliquée pour certaines pathologies ;
 - Les taux maximaux de surprimes pouvant être appliqués par les assureurs, pour certaines pathologies ne permettant pas d'accéder à une assurance emprunteur à un tarif standard.

2. Actualités en matière d'assurance-vie

2.1. Modification des contrats d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation : loi et décret d'application

- **Loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016** relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique & **décret n°2017-868 du 9 mai 2017** relatif aux conditions de modification des contrats d'assurance de groupe sur la vie ou de capitalisation

L'article 85 de la loi « Sapin II » du 9 décembre 2016, modifiant l'article L. 141-7 du Code des assurances, prévoit que seule l'assemblée générale des adhérents d'une association souscriptrice à un contrat d'assurance vie a qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe souscrit par l'association.

Le décret du 9 mai 2017 définit donc quelles sont ces dispositions essentielles :

- 1° La définition des garanties offertes ;
- 2° La durée du contrat ;
- 3° Les modalités de versement des primes ;
- 4° Les frais et indemnités de toute nature, prélevés par l'entreprise d'assurance, à l'exception des frais pouvant être supportés par une unité de compte ;
- 5° Le taux d'intérêt garanti et la durée de cette garantie, les garanties de fidélité et les modalités de calcul et d'attribution de la participation aux bénéfices ;
- 6° La liste des supports en unités de compte, sauf lorsque la modification est autorisée ou prévue par le contrat ;

- 7° Les conditions dans lesquelles la liste des supports en unités de compte peut évoluer ;
- 8° Les modalités de rachat, de transfert ou de versement des prestations du contrat ;
- 9° La faculté de procéder à des avances consentie par l'entreprise d'assurance.

De plus, le décret précise que, par délégation de l'assemblée générale limitée dans le temps et dans l'objet, le conseil d'administration peut signer un ou plusieurs avenants relatifs à des dispositions non essentielles du contrat d'assurance de groupe.

2.2. Contrats d'assurance vie comportant des garanties exprimées en unités de compte : fonctionnement des contrats, suspension et plafonnement des opérations

- ***Décret n°2017-1105, 23 juin 2017, relatif au fonctionnement des contrats d'assurance sur la vie comportant des garanties exprimées en unités de compte : JO 25 juin 2017, texte n°7***

Ce décret modifie les dispositions des articles R. 131-1 du Code des assurances, R. 223-1 du Code de la mutualité et R. 932-3-1 du Code de la sécurité sociale, qui régissent l'exposition d'un contrat d'assurance sur la vie en unités de comptes à certaines catégories d'actifs peu liquides.

Le décret précise surtout que les plafonds d'exposition desdits contrats d'assurance sur la vie à ces catégories d'actifs peu liquides ne s'apprécient plus par rapport à la prime versée par le souscripteur, mais par rapport à l'encours du contrat, pris dans son ensemble et au moment de la prise de risque.

- ***Décret n°2017-1104, 23 juin 2017, relatif à la mise en œuvre d'une mesure de suspension ou de restriction des opérations sur un contrat d'assurance sur la vie dont les garanties sont exprimées en unités de compte : JO 25 juin 2017, texte n°6***

Ce décret est pris pour l'application des articles L. 131-4 du Code des assurances, L. 223-2 du Code de la mutualité et L. 932-15-1 du Code de la sécurité sociale.

Dans l'hypothèse d'un contrat d'assurance sur la vie dont les garanties exprimées en unités de compte constituent des parts ou actions d'un organisme de placement collectif faisant l'objet d'une suspension ou d'un plafonnement temporaire de ses rachats, ces articles permettent respectivement aux entreprises d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance de suspendre ou de restreindre à leur tour les opérations portant sur ledit contrat.

Ce décret précise ainsi les modalités d'application de cette faculté.

2.3. Commercialisation des contrats d'assurance-vie en unités de compte constituées d'instruments financiers complexes

- ⇒ ***ACPR, Recommandation n°2016-R-04 du 13 décembre 2016 portant sur la commercialisation des contrats d'assurance sur la vie en unités de compte constituées d'instruments financiers complexes, prise conformément au 3° du II de l'article L. 612-1 du CMF***

L'ACPR a décidé d'adopter une recommandation sur l'utilisation comme unité de compte d'instruments financiers complexes, qui présentent un risque de mauvaise commercialisation, afin

de préciser les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance et les intermédiaires pourront respecter leurs obligations législatives et réglementaires en matière d'information et de conseil.

- ⇒ Champ d'application de la recommandation : cette recommandation s'applique aux personnes qui commercialisent des contrats d'assurance-vie en unités de compte sur le territoire français et aux unités de comptes constituées d'OPCVM de droit français « à formule » visés à l'article R. 214-28 du CMF ; d'OPCVM structurés de droit étranger équivalents ; et de titres de créance complexes ainsi que de titres financiers équivalents émis sur le fondement de droits étrangers (sauf les warrants simples).
- ⇒ L'ACPR définit 4 critères permettant d'évaluer si les unités de compte proposées présentent un risque de mauvaise appréhension des risques par le souscripteur et d'inintelligibilité du contrat (donc de mauvaise commercialisation) :
- *Critère n°1* : les risques et le rendement de l'instrument financier sont mal présentés au souscripteur.
 - *Critère n°2* : l'instrument financier utilise des sous-jacents inhabituels et difficilement appréhendables par le souscripteur.
 - *Critère n°3* : le rendement de l'instrument financier est assujéti à la réalisation concomitante de plusieurs conditions, sur au moins 2 classes d'actifs.
 - *Critère n°4* : il existe un nombre trop élevé de mécanismes compris dans la formule visant à déterminer le rendement total de l'instrument financier (càd plus de 3).
- ⇒ **Recommandation de l'ACPR** : pour l'ensemble de ces instruments financiers, l'ACPR recommande de recueillir, par tout moyen approprié à la nature de la clientèle, la preuve que le souscripteur comprend la nature du support proposé comme unité de compte, ainsi que les risques y afférents. Selon elle, des informations exactes, claires et non trompeuses doivent être données au souscripteur au sujet des garanties offertes par le contrat dans les cas de sortie anticipée, qu'il s'agisse du décès de l'assuré ou d'un rachat total ou partiel avant le terme.
- Enfin, l'ACPR précise que les organismes d'assurance devront être en mesure de justifier, dans le rapport de contrôle interne, des moyens et procédures mis en place afin de maîtriser les risques de mauvaise commercialisation.