

N° 372

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence du Sénat le 31 mars 2010

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des lois constitutionnelles, de législation, du suffrage universel, du Règlement et d'administration générale (1) sur la proposition de loi de M. Hervé MAUREY relative aux **contrats d'assurance sur la vie**,*

Par M. Dominique de LEGGE,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Jean-Jacques Hyst, *président* ; M. Nicolas Alfonsi, Mme Nicole Borvo Cohen-Seat, MM. Patrice Gélard, Jean-René Lecerf, Jean-Claude Peyronnet, Jean-Pierre Sueur, Mme Catherine Troendle, M. François Zocchetto, *vice-présidents* ; MM. Laurent Bêteille, Christian Cointat, Charles Gautier, Jacques Mahéas, *secrétaires* ; M. Alain Anziani, Mmes Éliane Assassi, Nicole Bonnefoy, Alima Boumediene-Thiery, MM. Elie Brun, François-Noël Buffet, Gérard Collomb, Pierre-Yves Collombat, Jean-Patrick Courtois, Mme Marie-Hélène Des Esgaulx, M. Yves Détraigne, Mme Anne-Marie Escoffier, MM. Pierre Fauchon, Louis-Constant Fleming, Gaston Flosse, Christophe-André Frassa, Bernard Frimat, René Garrec, Jean-Claude Gaudin, Mmes Jacqueline Gourault, Virginie Klès, MM. Antoine Lefèvre, Dominique de Legge, Mme Josiane Mathon-Poinat, MM. Jacques Mézard, Jean-Pierre Michel, François Pillet, Hugues Portelli, Bernard Saugey, Simon Sutour, Richard Tuheiaiva, Alex Türk, Jean-Pierre Vial, Jean-Paul Virapoullé, Richard Yung.

Voir le(s) numéro(s) :

Sénat : 2 rectificatif et 373 (2009-2010)

SOMMAIRE

Pages

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES LOIS	5
EXPOSE GENERAL	7
I. VERS LA FIN DES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE NON RECLAMES ?	8
A. LE PHENOMENE DES CONTRATS NON RECLAMES	8
B. PLUSIEURS INTERVENTIONS RECENTES DU LEGISLATEUR.....	9
1. <i>La résorption du stock des contrats non réclamés</i>	10
a) Le dispositif dit « AGIRA I » de 2005	10
b) Le dispositif dit « AGIRA II » de 2007	10
2. <i>La prévention du phénomène des contrats non réclamés</i>	11
a) Les obligations d'information des assureurs	11
b) Les obligations de recherche des assureurs.....	12
c) La réforme du mécanisme de l'acceptation bénéficiaire	12
C. DES PREMIERS RESULTATS ENCOURAGEANTS	13
1. <i>Une entrée en vigueur tardive du dispositif « AGIRA II »</i>	13
2. <i>Une forte utilisation des deux dispositifs « AGIRA »</i>	14
II. FAUT-IL LEGIFERER A NOUVEAU ?	16
A. LE RENFORCEMENT DES OBLIGATIONS DES ASSUREURS	16
B. LA CREATION D'UNE NOUVELLE PROFESSION AGREEE.....	17
C. LA REVOCABILITE DE L'ACCEPTATION PAR LE BENEFICIAIRE.....	18
III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES LOIS : RENFORCER LES OBLIGATIONS DES ASSUREURS SANS REVENIR SUR L'EQUILIBRE ATTEINT EN 2007	18
A. RENFORCER LES OBLIGATIONS D'INFORMATION DES ASSUREURS	19
1. <i>Une obligation annuelle d'information sur le décès de l'assuré</i>	19
2. <i>La prise en charge du coût des démarches effectuées par les assureurs</i>	19
3. <i>La publicité des démarches effectuées par les assureurs</i>	20
B. NE PAS REVENIR SUR LA REFORME DE L'ACCEPTATION DE LA CLAUSE BENEFICIAIRE	20
EXAMEN DES ARTICLES	23
• <i>Article premier</i> (art. L. 132-9-3 du code des assurances et art. L. 223-10-2 du code de la mutualité) Renforcement des obligations de recherche et d'information des assureurs en matière de contrats d'assurance sur la vie non réclamés	23
• <i>Article premier bis</i> (art. L. 132-22 du code des assurances et art. L. 223-21 du code de la mutualité) Publicité des démarches effectuées par les assureurs en vue de la résorption des contrats d'assurance sur la vie non réclamés	26

• <i>Article 2</i> (art. L. 132-22 du code des assurances et art. L. 223-21 du code de la mutualité) Renforcement des obligations d'information des assureurs à l'égard des souscripteurs de contrat d'assurance sur la vie	26
• <i>Article 3</i> (art. L. 132-8 du code des assurances et art. L. 223-10 du code de la mutualité) Intervention de tiers agréés pour la recherche des bénéficiaires de contrat d'assurance sur la vie en cas de décès de l'assuré	27
• <i>Article 4</i> (art. L. 132-9 du code des assurances et art. L. 223-11 du code de la mutualité) Caractère révocable de la stipulation par le souscripteur d'un contrat d'assurance sur la vie en faveur du bénéficiaire du contrat	28
EXAMEN EN COMMISSION	31
ANNEXE - LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	35
TABLEAU COMPARATIF	37
ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF	50

LES CONCLUSIONS DE LA COMMISSION DES LOIS

Réunie le mercredi 31 mars 2010, sous la présidence de M. Jean-Jacques Hyest, président, la commission a examiné le rapport de M. Dominique de Legge, rapporteur, et établi le texte qu'elle propose pour la proposition de loi n° 2 (2009-2010), présentée par M. Hervé Maurey, relative aux contrats d'assurance sur la vie.

La commission a partagé le souci de l'auteur de la proposition de loi de poursuivre la résorption du phénomène des contrats d'assurance sur la vie non réclamés par leurs bénéficiaires, tout en s'interrogeant sur l'opportunité de légiférer à nouveau après les lois n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance et n° 2007-1775 du 17 décembre 2007 permettant la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non réclamés et garantissant les droits des assurés.

Sur la proposition du rapporteur, la commission a adopté à l'article premier un amendement retenant le principe de l'obligation annuelle, pour les assureurs, de s'informer de l'éventuel décès de l'assuré, à l'aide du dispositif, mis en place par la loi de 2007, d'accès aux données du répertoire national d'identification des personnes physiques, tout en excluant la possibilité d'imputer les frais de recherche des assureurs sur les sommes devant revenir aux bénéficiaires.

En outre, la commission a adopté un amendement du rapporteur tendant à créer un article additionnel prévoyant l'obligation pour les assureurs de dresser chaque année un état de leurs démarches de recherche des assurés décédés et des bénéficiaires.

Approuvant le rapporteur, la commission a adopté deux amendements de suppression tendant à écarter les dispositions de la proposition de loi consistant à prévoir une obligation d'accuser réception du courrier annuel d'information sur l'évolution du contrat envoyé par l'assureur (article 2) et à créer une profession agréée chargée de la recherche des bénéficiaires (article 3).

Enfin, attachée à la stabilité du régime de l'assurance sur la vie et à la sécurité juridique, la commission a refusé de revenir sur la réforme, introduite par la loi de 2007, des conditions de l'acceptation par le bénéficiaire du contrat souscrit à son profit, en adoptant un amendement de suppression de l'article 4 présenté par son rapporteur.

La commission a adopté à l'unanimité la proposition de loi ainsi rédigée.

Mesdames, Messieurs,

Connu depuis la fin des années 1990 et ayant rencontré un large écho dans l'opinion publique, le phénomène des contrats d'assurance sur la vie dits non réclamés par leur bénéficiaire après le décès de l'assuré, qualifiés par certains de contrats en déshérence, a fait l'objet de plusieurs interventions du législateur en l'espace de quelques années, qui ont trouvé leur aboutissement dans la loi n° 2007-1775 du 17 décembre 2007 permettant la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non réclamés et garantissant les droits des assurés.

L'assurance sur la vie est connue des Français comme un produit d'épargne à succès, utilisé notamment pour la préparation de la retraite. Bénéficiant d'un régime fiscal avantageux¹, elle s'est développée rapidement, au point de devenir le premier support de l'épargne longue des ménages français, dont elle représente plus de la moitié, aux côtés de l'épargne financière et de l'épargne retraite.

Ainsi, fin février 2010, l'encours des contrats d'assurance sur la vie atteint 1 265 milliards d'euros, soit une hausse de 10 % sur un an. A titre de comparaison, ce montant représente près de 80 % du produit intérieur brut de l'année 2009, évalué à 1 607 milliards d'euros, pour un total d'encours des produits d'épargne longue des ménages évalué fin 2009 à 2 416 milliards. En 2009, avec 137,5 milliards d'euros supplémentaires collectés, l'encours de l'assurance sur la vie a progressé de 12 %².

Dans l'intérêt des épargnants, il convient d'assurer la pleine sécurité juridique des contrats d'assurance sur la vie. Le phénomène des contrats non réclamés ne concerne en principe qu'une faible partie de ces encours, dans la mesure où, l'assurance sur la vie étant utilisée comme produit d'épargne, les fonds ont vocation dans la plupart des cas à revenir au souscripteur.

¹ Les avantages fiscaux attachés à l'assurance sur la vie ont évolué dans le temps, dans le sens d'une réduction pour les nouveaux contrats. Ils demeurent toutefois, notamment en cas de rachat du contrat après huit ans et d'exonération de droits de succession.

² Sources : INSEE et Fédération française des sociétés d'assurances.

Régi par les articles L. 123-1 et suivants du code de l'assurance et L. 223-1 et suivants du code de la mutualité, le contrat d'assurance sur la vie¹ repose sur le mécanisme de la stipulation pour autrui, tel qu'il résulte de l'article 1121 du code civil, selon lequel notamment « *celui qui a fait cette stipulation ne peut plus la révoquer, si le tiers a déclaré vouloir en profiter* ». Pour cette raison, l'assurance sur la vie ne constitue pas un simple produit d'épargne mais également un moyen de libéralité.

Ainsi, un stipulant souscrit un contrat par lequel il prévoit, au profit d'un bénéficiaire, le versement d'un capital ou d'une rente en cas de vie ou de décès d'un assuré, celui-ci étant le plus souvent le stipulant lui-même. Lorsque le bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat, la stipulation en sa faveur devient irrévocable. La loi du 17 décembre 2007 a réformé les conditions de cette acceptation, en vue de réduire le risque de contrats non réclamés parce que non connus de leur bénéficiaire au moment du décès.

Plus largement, la loi du 17 décembre 2007 avait pour objectif, au travers de plusieurs de ses dispositions, à la fois de résorber le phénomène des contrats non réclamés et d'éviter pour l'avenir qu'il ne se reproduise.

Déposée le 1^{er} octobre 2009 par notre collègue Hervé Maurey, la proposition de loi relative aux contrats d'assurance sur la vie (n° 2, 2009-2010) souhaite aller plus loin encore, considérant selon son exposé des motifs que, « *au-delà des avancées constatées, il nous paraît indispensable de compléter les dispositifs adoptés en 2007 en renforçant d'une part les droits des assurés et des bénéficiaires et en donnant d'autre part aux assureurs les moyens de garantir ces droits* ».

I. VERS LA FIN DES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE NON RECLAMES ?

A. LE PHENOMENE DES CONTRATS NON RECLAMES

Le phénomène des contrats d'assurance sur la vie non réclamés par leur bénéficiaire en cas de décès de l'assuré demeure, par définition, difficile à quantifier avec précision. Dès lors que le décès de l'assuré n'est pas connu ou que le bénéficiaire n'a pas connaissance de l'existence du contrat ou ne peut être informé de la stipulation faite à son profit, on pourrait considérer qu'il s'agit d'un contrat potentiellement non réclamé. Cependant, à l'évidence, on ne peut connaître le nombre de contrats pour lesquels l'assuré est décédé sans que l'assureur en soit informé. Même lorsque le décès est connu de l'assureur, celui-ci peut ne pas être en mesure d'entrer en contact avec le bénéficiaire

¹ *Le contrat d'assurance sur la vie repose sur une condition aléatoire de vie ou de décès de l'assuré : le contrat sur la vie, qui comporte généralement une assurance également en cas de décès de l'assuré, prévoit le versement d'un capital ou d'une rente au terme du contrat, tandis que le contrat sur le décès prévoit ce versement à un bénéficiaire en cas de décès de l'assuré.*

pour verser le capital ou la rente prévus au contrat et respecter la volonté du souscripteur, en raison de difficultés d'identification¹ ou de localisation.

On ne saurait dire si un contrat n'est pas réclamé parce que l'assuré est décédé, pour la raison évidente qu'il n'est pas réclamé non plus lorsque l'assuré est vivant. Il existe donc une difficulté méthodologique pour apprécier l'ampleur du phénomène.

Aussi, au cours de ses auditions, diverses estimations des sommes non versées en raison de contrats non réclamés ont-elles été fournies à votre rapporteur par des acteurs du secteur de l'assurance, reposant sur des hypothèses diverses, variant en 2009 de 700 millions² à 5 milliards d'euros³. Ces chiffres sont à rapprocher de l'encours global de l'assurance sur la vie en France, soit 1 265 milliards d'euros fin février 2010⁴.

B. PLUSIEURS INTERVENTIONS RECENTES DU LEGISLATEUR

Trois lois successives en trois ans ont permis d'aborder la question des contrats non réclamés : la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance, la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 et la loi n° 2007-1775 du 17 décembre 2007 permettant la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non réclamés et garantissant les droits des assurés.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait un objet très spécifique, puisqu'elle prévoyait le reversement au Fonds de réserve des retraites des sommes dues au titre de contrats d'assurance sur la vie n'ayant fait l'objet d'aucune demande trente ans après le décès de l'assuré ou le terme du contrat. Les lois de 2005 et 2007 ont apporté de profondes modifications au régime des contrats d'assurance sur la vie.

Ces interventions législatives concernent tant les entreprises et institutions de prévoyance relevant du code des assurances que les mutuelles relevant du code de la mutualité⁵.

¹ *Le recours dans les contrats à des clauses-types non nominatives accentue cette difficulté.*

² *Estimation de la Fédération française des sociétés d'assurances, se décomposant en 500 millions non versés cinq ans après le décès de l'assuré et 200 millions non versés dix ans après le décès de l'assuré.*

³ *Estimation de la société CRD.*

⁴ *A titre de comparaison, on peut également indiquer le montant total des cotisations d'assurance sur la vie en janvier 2010, 13,1 milliards d'euros, et celui des prestations versées pour le même mois, 6,3 milliards (source : Fédération française des sociétés d'assurances).*

⁵ *Le présent rapport fait ainsi référence aux seules dispositions du code des assurances relatives aux contrats d'assurance sur la vie, des dispositions analogues figurant au code de la mutualité.*

1. La résorption du stock des contrats non réclamés

En application de la loi du 15 décembre 2005, les organismes professionnels représentatifs du secteur de l'assurance¹, habilités à cet effet par arrêté du ministre chargé de l'économie, ainsi qualifiés par l'article L. 132-9-2 du code des assurances, ont créé un organisme dédié, l'Association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance (AGIRA), pour jouer un rôle de « guichet unique » en vue de répondre aux obligations d'information et de recherche mises à la charge des assureurs. Cet organisme a également été chargé par les organismes professionnels de l'assurance des obligations nouvelles résultant de la loi du 17 décembre 2007.

a) Le dispositif dit « AGIRA I » de 2005

La loi du 15 décembre 2005 a prévu la possibilité pour toute personne physique ou morale de demander par lettre à être informée de l'éventuelle existence d'une stipulation en sa faveur dans un contrat d'assurance sur la vie souscrit par une personne dont elle apporte la preuve du décès.

Prévu à l'article L. 132-9-2 du code des assurances, ce premier dispositif, largement ouvert, permet à chacun de vérifier l'existence ou non d'un contrat à son bénéfice. En pratique, il faut s'adresser à l'Association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance, qui centralise les demandes de vérification puis les transmet dans les quinze jours de leur dépôt aux assureurs.

Lorsque la personne ayant fait la demande est bien mentionnée dans un contrat, l'assureur doit l'informer dans le délai d'un mois de l'existence d'un capital ou d'une rente dont elle est bénéficiaire.

b) Le dispositif dit « AGIRA II » de 2007

La loi du 17 décembre 2007 a imposé aux assureurs une obligation générale de s'informer sur le décès éventuel de l'assuré couvert par un contrat d'assurance sur la vie, en leur donnant en même temps la capacité juridique et technique de procéder à cette vérification en ayant recours au répertoire national d'identification des personnes physiques.

Prévu à l'article L. 132-9-3 du code des assurances, ce second dispositif autorise les traitements de données nominatives issues du répertoire, en vue de rechercher les assurés et bénéficiaires décédés. La consultation du répertoire par les assureurs s'effectue également par l'intermédiaire de l'Association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance.

¹ Fédération française des sociétés d'assurances, Groupement des entreprises mutuelles d'assurances, Centre technique des institutions de prévoyance et Fédération nationale de la mutualité française.

Dans le prolongement immédiat de l'adoption de ce texte, les organisations professionnelles du secteur de l'assurance ont formalisé des engagements déontologiques, qui s'imposent à leurs membres, en vue de procéder à la résorption des contrats non réclamés. Ont fait ainsi l'objet d'une recherche prioritaire les assurés âgés de plus de 90 ans, avec lesquels les assureurs n'étaient plus en contact de façon confirmée pendant deux ans, en cas de provision du contrat supérieure à 2 000 euros.

2. La prévention du phénomène des contrats non réclamés

Les dispositifs dits « AGIRA I » et « AGIRA II », destinés en premier lieu à résorber le stock des contrats non réclamés, sont complétés par d'autres dispositions législatives de nature à prévenir, pour l'avenir, l'apparition de nouveaux contrats non réclamés.

a) Les obligations d'information des assureurs

Introduit par la loi du 15 décembre 2005, l'article L. 132-5-2 du code des assurances prévoit une obligation d'information du souscripteur lors de la conclusion du contrat d'assurance, par le biais d'une note d'information remise par l'assureur ou, dans certaines conditions, d'un encadré figurant sur le contrat. Cette note d'information, dont le contenu est fixé par décret, doit mentionner en tout état de cause, entre autres, les modalités de désignation des bénéficiaires.

De plus, introduit par la loi du 15 décembre 2005, l'article L. 132-9-1 du code des assurances prévoit que le contrat comporte une information sur les conséquences de la désignation du bénéficiaire et sur les modalités de sa désignation.

Par ailleurs, issu de la loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003 de sécurité financière, l'article L. 132-22 du code des assurances prévoit une obligation d'information annuelle du souscripteur en cours de contrat, lorsque celui-ci présente une provision mathématique au moins égale à un montant qui a été fixé à 2 000 euros par un arrêté du ministre chargé de l'économie. Les contrats dont la provision est inférieure à ce montant semblent représenter une part réduite¹. Lorsque la provision est inférieure à 2 000 euros, le souscripteur peut néanmoins solliciter de l'assureur les mêmes informations. Ces informations sont d'ordre essentiellement financier, comportant notamment la définition des opérations de rachat, de transfert et de réduction.

Il est ressorti des auditions conduites par votre rapporteur que cette obligation annuelle permettait déjà aux assureurs de détecter, en cas de retour de courrier, des souscripteurs susceptibles d'être décédés et de déclencher une première recherche simple.

¹ Selon l'enquête « Patrimoine » de l'INSEE de 2003-2004, les contrats dont la provision est inférieure à 8 000 euros représentent moins de 3 % de l'encours total des contrats. Votre rapporteur n'a pas disposé de la proportion du nombre de contrats de cette nature.

Plus largement, ces informations sur les modalités de désignation du bénéficiaire ou sur la faculté de rachat du contrat sont de nature à éclairer le souscripteur sur la portée de ses choix et sur la possibilité d'informer sans risque d'acceptation unilatérale le bénéficiaire du contrat, dans le cadre rénové en 2007 de l'acceptation de la clause bénéficiaire.

b) Les obligations de recherche des assureurs

Dans sa rédaction issue de la loi du 15 décembre 2005, l'article L. 132-8 du code des assurances disposait que l'assureur, dès lors qu'il était informé du décès de l'assuré, devait aviser le bénéficiaire du contrat si ses coordonnées étaient portées au contrat. Compte tenu de la pratique répandue des clauses-types, cette dernière condition était très restrictive.

La loi du 17 décembre 2007 a renforcé cette obligation dans un sens plus opérationnel, puisque l'article L. 132-8 dispose désormais que l'assureur est tenu de rechercher le bénéficiaire pour l'aviser, étant entendu que la mention de ses coordonnées au contrat ne figure plus comme condition.

Pour inciter l'assureur à procéder rapidement aux recherches puis au versement des sommes dues, la loi de 2007 a également introduit, à l'article L. 132-5 du code des assurances, un principe de revalorisation du capital garanti entre le décès et le versement et, à l'article L. 132-23-1, l'application d'intérêts de retard en cas de versement au-delà du délai d'un mois à compter de la réception des pièces nécessaires.

c) La réforme du mécanisme de l'acceptation bénéficiaire

Le phénomène des contrats non réclamés résulte pour une large part de l'ignorance par les bénéficiaires de la stipulation faite à leur profit. En effet, l'acceptation de cette stipulation ayant un caractère irrévocable en vertu de l'article 1121 du code civil, le souscripteur hésitait souvent à faire connaître son intention au bénéficiaire, préférant la maintenir secrète pour conserver la libre disposition des sommes capitalisées. Dans ces conditions, sauf à retrouver des documents relatifs à l'existence d'un tel contrat après le décès de l'assuré, qui est généralement le souscripteur, le bénéficiaire n'était pas en mesure d'en avoir connaissance.

Applicable aux nouveaux contrats ainsi qu'aux contrats n'ayant pas encore donné lieu à acceptation, la loi du 17 décembre 2007 a profondément modifié les conditions, inchangées depuis 1930, de l'acceptation de la clause bénéficiaire avant le décès de l'assuré, qui prend désormais la forme d'un avenant au contrat.

L'article L. 132-8 indique la manière dont doit être rédigée la clause bénéficiaire. La stipulation est faite au profit de bénéficiaires déterminés, mais ces bénéficiaires peuvent ne pas être nommément désignés à la condition qu'ils puissent être identifiés lors de l'exigibilité du capital ou de la rente. En particulier, est valable la mention des enfants nés ou à naître du contractant ou de l'assuré, ainsi que des héritiers ou des ayants droits de l'assuré ou du

bénéficiaire. Cette disposition justifie l'existence de clauses-types utilisées lors de la conclusion des contrats d'assurance sur la vie, qui ne facilitent pas au demeurant l'identification des bénéficiaires après le décès.

L'article L. 132-9 du code des assurances prévoit les conditions dans lesquelles le bénéfice de la stipulation est accepté par le bénéficiaire, ainsi que les conditions de rachat éventuel du contrat par le souscripteur qui souhaite récupérer tout ou partie du capital.

Antérieurement, l'acceptation par le bénéficiaire était irrévocable et le souscripteur ne pouvait s'y opposer. Depuis 2007, l'acceptation est toujours irrévocable, conformément au principe de la stipulation pour autrui¹, mais le souscripteur doit accepter l'acceptation puisque celle-ci prend la forme d'un avenant au contrat, auquel est aussi partie l'assureur, qui se trouve informé. Ainsi, dans les nouveaux contrats, il n'est plus possible que le bénéficiaire accepte la stipulation contre la volonté du souscripteur ou à son insu. *A contrario*, lorsque l'acceptation n'a pas eu lieu, le souscripteur est entièrement libre de changer le bénéficiaire, sous réserve s'il y a lieu de l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille lorsqu'il fait lui-même l'objet d'une mesure de protection de tutelle ou curatelle.

Après l'acceptation, le souscripteur peut également exercer sa faculté de rachat, total ou partiel, avec l'accord du bénéficiaire.

Dès lors que le souscripteur peut librement choisir de ne pas accepter l'acceptation du bénéficiaire, il peut librement informer celui-ci sans que cela emporte l'irrévocabilité de l'acceptation. Cette disposition est donc de nature à inciter le souscripteur à informer le bénéficiaire. Si le bénéficiaire est informé, il sera en mesure, après le décès de l'assuré, de faire valoir le bénéfice auprès de l'assureur, le cas échéant par le biais du dispositif « AGIRA I » s'il n'a pas connaissance de l'assureur gestionnaire du contrat.

C. DES PREMIERS RESULTATS ENCOURAGEANTS

1. Une entrée en vigueur tardive du dispositif « AGIRA II »

Nécessitant une autorisation préalable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, qui n'est intervenue que le 18 décembre 2008, le dispositif « AGIRA II » n'a pu devenir opérationnel qu'en mars 2009. Une base de données des personnes décédées a été spécialement mise en place par l'Association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance, à l'aide des données du répertoire des personnes physiques fournies par l'INSEE. Ces données comportent des informatives nominatives, ainsi que le sexe et les dates et lieux de naissance et de décès. La base est mise à jour mensuellement et permet des recherches individuelles ou par groupe.

¹ *Le I de l'article L. 132-9 dispose bien que « la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci, effectué dans les conditions prévues au II du présent article ».*

A cet égard, entendue votre rapporteur, la Commission nationale de l'informatique et des libertés a rappelé son hostilité à toute extension de l'utilisation du numéro d'inscription au répertoire (NIR, autrement appelé numéro de sécurité sociale), par exemple pour faciliter la recherche pour l'avenir de contrats d'assurance sur la vie non réclamés, ce numéro ne devant pas devenir un numéro unique d'identification de chaque personne physique dans tous les domaines. La loi du 17 décembre 2007 a autorisé le traitement des données du répertoire, mais pas l'utilisation de ce numéro¹.

Le dispositif « AGIRA I » a été opérationnel quant à lui en mai 2006.

L'article 4 de la loi du 17 décembre 2007 a prévu le dépôt avant le 1^{er} janvier 2009 d'un rapport au Parlement sur la désignation des bénéficiaires des contrats et leur recherche, ainsi que sur la mise en œuvre des articles L. 132-9-1 à L. 132-9-3. Ce rapport a été déposé en juin 2009 seulement, en raison de la mise en œuvre tardive du dispositif « AGIRA II ». De plus, ainsi qu'il ressort des auditions menées par votre rapporteur, le Gouvernement envisage de déposer un second rapport en juin 2010, non prévu par la loi.

Ainsi, le dépôt de la proposition de loi de M. Hervé Maurey, le 1^{er} octobre 2009, est intervenu alors que le nouveau dispositif venait à peine d'entrer en fonctionnement.

2. Une forte utilisation des deux dispositifs « AGIRA »

Les statistiques disponibles dans le rapport du Gouvernement de juin 2009, ainsi que celles, plus récentes, transmises au rapporteur font état d'une utilisation très importante du dispositif « AGIRA I » par les bénéficiaires potentiels et du dispositif « AGIRA II » par les assureurs, pour un bilan global relativement positifs, ainsi que l'illustrent les tableaux ci-après.

*Bilan de l'application du dispositif « AGIRA I »*²

Année	Activité AGIRA				Enquête auprès des sociétés			
	Courriers reçus	Dossiers complets		Décès déclarés	Dossiers détectés grâce à l'AGIRA	Capitaux correspondants (millions €)	Dossiers déjà détectés par la société	Capitaux correspondants (millions €)
2006 (8 mois)	7 381	3 248	44 %	5 899	515	12	-	-
2007	20 364	9 835	48 %	14 394	1 510	45	4 630	76
2008	20 972	11 683	56 %	17 595	2 276	61	12 667	246
2009	26 155	17 687	68 %	22 164	3 198	87	16 344	461
Total	74 872	42 453	57 %	60 052	7 499	205	33 641	783

¹ Les conditions d'accès au répertoire national d'identification des personnes physiques, tenu par l'INSEE, et d'utilisation des données qui s'y trouvent sont fixées par le décret n° 82-103 du 22 janvier 1982 relatif au répertoire national d'identification des personnes physiques.

² Source : Fédération française des sociétés d'assurances.

Bilan de l'application du dispositif « AGIRA II »¹

Mois	Nombre d'interrogations du fichier
Février 2009	4 657
Mars 2009	70 813
Avril 2009	358 926
Mai 2009	39 319
Juin 2009	310 974
Juillet 2009	182 065
Août 2009	448 459
Septembre 2009	1 155 515
Octobre 2009	1 662 496
Novembre 2009	1 137 802
Décembre 2009	785 083
Janvier 2010	909 859
Février 2010	1 077 321
Total	8 143 289

Avec une montée en charge progressive, le dispositif « AGIRA I » permet de détecter un nombre en augmentation constante de contrats pour lesquels l'assuré est décédé. Au total, ce dispositif a permis depuis 2006 de détecter 7 499 contrats, pour un encours total de 205 millions d'euros, étant entendu que 33 641 contrats non réclamés, correspondant à des demandes, étaient déjà en cours d'instruction chez les assureurs. Les sommes concernées sont en augmentation régulière année après année.

Il est apparu lors des auditions de votre rapporteur que les trois quarts des demandes adressées au titre du dispositif « AGIRA I » émanent de notaires et d'associations intéressées. De même, les trois quarts de ces demandes sont formulées peu de temps après le décès de l'assuré et ne sauraient donc relever de la catégorie des contrats non réclamés.

Le nombre total d'interrogations du fichier « AGIRA II », qui s'élève à plus de 8 millions après son entrée en vigueur, atteste que les assureurs sont manifestement allés au-delà de leurs seuls engagements déontologiques consistant à rechercher les contrats pour lesquels l'assuré a plus de 90 ans et n'est pas entré en contact depuis deux ans avec l'assureur, en cas de provision supérieure à 2 000 euros. Ce nombre semble illustrer la simplicité technique du système. Quelques difficultés pratiques demeurent, notamment dans le traitement des cas d'homonymie ou des erreurs d'orthographe.

¹ Source : Fédération française des sociétés d'assurances.

Ainsi, en 2009, le dispositif « AGIRA II » a permis de constater 14 424 décès, correspondant à un encours total de 121 millions d'euros. Ces contrats ne correspondent pas toujours à des décès anciens, susceptibles de ce fait de faire partie de la catégorie des contrats non réclamés.

A cet égard, dans son rapport pour l'année 2009, le Médiateur de la République « *se réjouit de constater que le traitement du stock des avoirs non réclamés, rendu possible par la consultation du fichier INSEE prévue par la loi du 17 décembre 2007, est désormais une réalité* ».

Au vu de ce constat statistique, il est souhaitable de disposer du bilan qui figurera dans le rapport du Gouvernement annoncé pour juin 2010. S'il est difficile d'apprécier en valeur absolue l'ampleur du phénomène des contrats non réclamés, force est de reconnaître que ces chiffres sont un indice de sa décrue, grâce aux interventions du législateur.

II. FAUT-IL LEGIFERER A NOUVEAU ?

Déposée moins de deux ans après l'adoption définitive de la loi du 17 décembre 2007, la proposition de loi présentée par notre collègue Hervé Maurey comporte deux parties bien distinctes. D'une part, elle renforce les obligations d'information et de recherche des assureurs en matière d'assurance sur la vie. D'autre part, elle modifie les conséquences de l'acceptation de la clause bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie.

A. LE RENFORCEMENT DES OBLIGATIONS DES ASSUREURS

Le renforcement des obligations de recherche et d'information des assureurs est double : obligations de recherche de l'assuré ou du bénéficiaire et information générale sur les contrats supposés non réclamés.

Tel qu'il résulte de la proposition de loi, ce renforcement repose exclusivement sur l'absence à trois reprises consécutives de renvoi d'un accusé de réception au courrier annuel d'information envoyé au souscripteur par l'assureur en application de l'article L. 132-22 du code des assurances ou de l'article L. 223-21 du code de la mutualité. Or, cette absence d'accusé de réception peut être analysée au moins autant comme le signe de la négligence du souscripteur que comme l'indice de son décès.

En outre, il convient de relever que la proposition de loi confond souscripteur et assuré, alors que, dans certains cas, il ne s'agit pas de la même personne. En effet, l'article L. 132-2 autorise un tiers à contracter une assurance en cas de décès de l'assuré, sous réserve du consentement écrit de l'assuré. Dans pareil cas, la proposition ne s'avèrerait guère opérante.

En cas d'absence d'accusé de réception à trois reprises, l'assureur serait tenu de vérifier si l'assuré est décédé, afin de pouvoir procéder au versement du capital ou de la rente au bénéficiaire si l'assuré est décédé. Mais

si l'assuré n'était pas décédé, en cas de nouvelle absence d'accusé à trois reprises, l'assureur serait tenu de procéder à la recherche du bénéficiaire, auquel il ne pourrait en tout état de cause rien verser. Votre rapporteur s'est interrogé sur la motivation de cette obligation en cas de vie de l'assuré.

De plus, la proposition de loi permet que le coût des recherches du bénéficiaire ainsi que de l'éventuel décès de l'assuré, actuellement mutualisé entre tous les contrats, vienne en déduction du capital ou de la rente versés au bénéficiaire. Votre rapporteur a observé que cette faculté n'était pas demandée par les professionnels concernés et qu'elle devait entrer dans le risque de gestion de l'assureur, le bénéficiaire n'étant aucunement responsable des sommes exposées par celui-ci pour le rechercher.

Enfin, la proposition de loi prévoit une obligation de transparence sur les contrats supposés non réclamés, chaque assureur étant tenu d'annexer à ses comptes annuels un état récapitulatif du nombre et l'encours des contrats pour lesquels l'assuré est âgé de plus de 90 ans et n'a pas accusé réception à trois reprises consécutives et dont la provision mathématique est supérieure à 2 000 euros. Ces critères, reprenant ceux des engagements déontologiques des assureurs pris après l'adoption de la loi du 17 décembre 2007, ne sauraient recouvrir qu'assez imparfaitement la notion de contrats non réclamés : l'assuré peut décéder avant 90 ans ou, après 90 ans, ne pas accuser réception sans pour autant être décédé.

Cet état récapitulatif doit également indiquer le montant des sommes versées grâce aux recherches effectuées au répertoire national d'identification des personnes physiques. Il doit être transmis à l'Autorité de contrôle prudentiel, nouvelle autorité de tutelle des entreprises de l'assurance.

B. LA CREATION D'UNE NOUVELLE PROFESSION AGREEE

Incidentement, le texte propose la création d'une nouvelle profession agréée dans le domaine spécifique de la recherche des bénéficiaires disparus des contrats d'assurance sur la vie, qui pourrait justifier un coût particulier susceptible d'être imputé sur les sommes versées au bénéficiaire.

Certes, de nombreux prestataires proposent leurs services aux sociétés d'assurance en vue de les aider à retrouver des assurés ou bénéficiaires dont elles ont perdu la trace. Ces prestataires ne présentent pas nécessairement tous les mêmes qualités de sérieux et de rigueur.

Aussi la proposition de loi envisage-t-elle, pour sécuriser l'activité de ces prestataires et garantir leur compétence auprès des organismes qui auraient recours à leurs services, qu'ils se voient délivrer un agrément par le ministre chargé de l'économie, lorsqu'ils interviennent dans la recherche du bénéficiaire d'un contrat lorsque l'assureur est informé du décès de l'assuré.

En professionnalisant et sélectionnant les sociétés rendant ce type de prestation, la proposition de loi serait de nature à rendre plus efficaces les opérations de recherche complexe d'un bénéficiaire que l'assureur n'est pas en mesure de retrouver. Ces sociétés deviendraient des partenaires plus fiables et efficaces des assureurs.

Votre commission s'est néanmoins interrogée sur l'opportunité et la pertinence de créer un agrément professionnel pour une telle activité, dont on peut considérer que les assureurs la connaissent et la pratiquent déjà.

C. LA REVOCABILITE DE L'ACCEPTATION PAR LE BENEFICIAIRE

La proposition de loi vise à rendre la clause bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie librement révocable par le souscripteur, la modification de cette clause faisant simplement l'objet d'une information du bénéficiaire. De la sorte, le souscripteur conserve l'entière disponibilité des fonds versés au contrat, y compris après l'acceptation.

Ainsi, le souscripteur pourrait unilatéralement décider de changer le bénéficiaire, à tout moment, ce qui constituerait une rupture avec le principe de la stipulation pour autrui. Le souscripteur peut aussi exercer à tout moment sa faculté de rachat total ou bien partiel sous forme d'avance, en informant préalablement le bénéficiaire. L'acceptation par le bénéficiaire deviendrait sans valeur.

Il est nécessaire de souligner que le régime juridique et fiscal de l'assurance sur la vie repose sur le principe de la stipulation pour autrui, c'est-à-dire sur le caractère irrévocable de l'acceptation par le bénéficiaire. Rompre avec ce mécanisme peut conduire à un risque de requalification civile et fiscale du contrat d'assurance sur la vie en simple contrat d'épargne.

III. LA POSITION DE VOTRE COMMISSION DES LOIS : RENFORCER LES OBLIGATIONS DES ASSUREURS SANS REVENIR SUR L'EQUILIBRE ATTEINT EN 2007

Si votre commission souscrit pleinement aux objectifs affichés par la proposition de loi, dans sa première partie, elle considère qu'elle intervient trop tôt après la mise en application effective du dispositif « AGIRA II », dont on ne saurait affirmer à ce stade qu'il ne donne pas de résultats satisfaisants.

En outre, revenir sur la réforme de 2007 de l'acceptation de la clause bénéficiaire risquerait de menacer l'existence même de l'assurance sur la vie en tant que produit d'épargne spécifique très répandu.

A. RENFORCER LES OBLIGATIONS D'INFORMATION DES ASSUREURS

1. Une obligation annuelle d'information sur le décès de l'assuré

A propos de l'obligation de l'assureur de s'informer de l'éventuel décès de l'assuré, M. Henri de Richemont, rapporteur de votre commission, indiquait en 2007 : « *Nous n'avons pas voulu aller au-delà de cette obligation de principe, laissant aux compagnies d'assurance, qui procèdent déjà à cette recherche, le soin d'en étudier les modalités. Nous n'avons pas souhaité instituer de périodicité ou préciser un âge à partir duquel il faut le faire.* »

A présent, les assureurs ont pu procéder aux recherches prioritaires résultant de leurs engagements déontologiques, tout en rendant pleinement opérationnelle l'Association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance. Votre commission a donc estimé possible d'aller plus loin et de prévoir une obligation supplémentaire de s'informer sur le décès éventuel de l'assuré, au travers du dispositif « AGIRA II », afin de réduire les délais de détection des contrats dont l'assuré est décédé et qui ne sont pas encore réclamés par leurs bénéficiaires.

Ainsi que le suggère la proposition de loi, cette obligation peut devenir annuelle pour les contrats dont la provision est au moins égale à 2 000 euros, sans autre condition notamment d'âge. Dès lors, pour les contrats dont la provision est inférieure à 2 000 euros, l'obligation générale de s'informer demeure, sans pour autant être annuelle. Les assureurs seraient ainsi tenus de passer au crible, chaque année, l'ensemble des contrats d'assurance sur la vie de leur portefeuille dont la provision est d'au moins 2000 euros.

Toute modification du dispositif « AGIRA II » nécessitera toutefois de solliciter une autorisation modificative auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Cette modification étant modeste, il est vraisemblable que l'autorisation sera accordée rapidement.

2. La prise en charge du coût des démarches effectuées par les assureurs

La proposition de loi envisage d'imputer les frais de recherches des assurés et des bénéficiaires sur les sommes versées, sous forme de capital ou de rente, au bénéficiaire. Cette activité particulière de recherche pourrait d'ailleurs, selon la proposition, justifier la création d'une profession agréée par arrêté ministériel.

Compte tenu des sommes en jeu et de la responsabilité qui incombe à l'assureur de rechercher les bénéficiaires des contrats qu'il commercialise, votre commission a écarté toute possibilité d'imputer ces frais sur les sommes versées.

Votre commission n'a pas non plus retenu la proposition de créer une nouvelle profession agréée, dans le domaine de la recherche des bénéficiaires des contrats non réclamés d'assurance sur la vie.

3. La publicité des démarches effectuées par les assureurs

La proposition de loi aborde la question de l'évaluation globale des contrats non réclamés, en instituant l'obligation d'annexer aux comptes annuels un état récapitulatif du nombre et de l'encours des contrats répondant à certains critères, ainsi que du montant des sommes versées à la suite des recherches effectuées par les assureurs dans le cadre des dispositifs « AGIRA I » et « AGIRA II ».

Dans la mesure où il est extrêmement difficile d'identifier les contrats susceptibles d'être qualifiés de non réclamés, sans doute est-il préférable de prévoir un état en annexe des comptes récapitulant les recherches effectuées, en nombre et en encours de contrats, ainsi que les sommes dont ces recherches ont permis le paiement, en capital ou en rente. En effet, l'évolution d'une année sur l'autre des chiffres présentés dans cet état permettra d'apprécier si les recherches des assurés ou des bénéficiaires, que votre commission propose de renforcer par une obligation annuelle pour l'assureur, donne des résultats tels que le nombre de contrats concernés par ces recherches et donnant lieu à versement diminuera. Une telle diminution serait un indicateur pertinent de la résorption du phénomène des contrats non réclamés au strict flux annuel des contrats nécessitant une recherche particulière.

B. NE PAS REVENIR SUR LA REFORME DE L'ACCEPTATION DE LA CLAUSE BENEFICIAIRE

Permettre la libre révocation par le souscripteur de l'acceptation par le bénéficiaire revient à autoriser une rupture unilatérale par le souscripteur du contrat qui le lie avec le bénéficiaire et l'assureur. En effet, la proposition de loi ne modifie pas les conditions de l'acceptation par le bénéficiaire, par voie d'avenant au contrat d'assurance.

La proposition de loi crée un véritable risque de requalification civile¹ et fiscale des contrats d'assurance sur la vie si le souscripteur peut librement modifier la clause bénéficiaire en révoquant l'acceptation par le bénéficiaire.

Compte tenu des enjeux financiers de l'assurance sur la vie et de son importance dans l'épargne des ménages français, votre commission a estimé

¹ A cet égard, par quatre arrêts de chambre mixte du 23 novembre 2004, la Cour de cassation a considéré que : « le contrat d'assurance dont les effets dépendent de la durée de la vie humaine comporte un aléa au sens des articles 1964 du code civil, L. 310-1,1 et R. 321-1,20, du code des assurances et constitue un contrat d'assurance sur la vie ». La doctrine a retiré de ces arrêts que la Cour de cassation avait refusé la requalification des contrats d'assurance sur la vie en contrats de capitalisation.

périlleux de rendre révocable l'acceptation bénéficiaire, quand bien même elle ne concernerait que les contrats futurs.

En effet, transformé en simple contrat de capitalisation, le contrat d'assurance sur la vie pourrait-il encore prétendre au régime civil et fiscal qui est le sien aujourd'hui ?

Le texte de l'article L. 132-9 du code des assurances, tel qu'il résulte de la loi du 17 décembre 2007 adoptée à l'unanimité par le Sénat, constitue un point d'équilibre qui n'est pas contesté entre les droits du souscripteur et ceux du bénéficiaire. Ce texte, en 2007, s'apparentait déjà à une profonde novation, sans pour autant remettre en cause le principe de la stipulation pour autrui.

A peine plus de deux ans après l'adoption de la loi de 2007, le régime de l'assurance sur la vie ne doit pas être menacé. Il a besoin de stabilité.

*

* *

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission a adopté la proposition de loi ainsi rédigée.

EXAMEN DES ARTICLES

Article premier

(art. L. 132-9-3 du code des assurances
et art. L. 223-10-2 du code de la mutualité)

Renforcement des obligations de recherche et d'information des assureurs en matière de contrats d'assurance sur la vie non réclamés

L'article premier prévoit deux séries de dispositions identiques, pour les entreprises d'assurance et institutions de prévoyance, qui relèvent du code des assurances, et pour les mutuelles, qui relèvent du code de la mutualité. Il complète ainsi successivement l'article L. 132-9-3 du code des assurances et l'article L. 223-10-2 du code de la mutualité.

En premier lieu, cet article vise à renforcer l'obligation, à la charge des assureurs, de recherche des assurés décédés. Actuellement, il existe une obligation générale de l'assureur de s'informer de l'éventuel décès de l'assuré, par consultation des données du répertoire national d'identification des personnes physiques. L'obligation de s'informer de l'éventuel décès de l'assuré devient annuelle lorsque celui-ci n'a pas accusé réception, comme veut lui imposer la proposition de loi, de la communication annuelle prévue à l'article L. 132-22 du code des assurances à trois reprises consécutives et que la provision mathématique du contrat d'assurance est supérieure à 2000 euros. Or, la communication annuelle étant adressée au contractant et non à l'assuré et ceux-ci pouvant être des personnes différentes, il est difficile de considérer que l'absence d'accusé de réception du contractant vaille par principe absence de réponse de l'assuré.

Le montant de 2000 euros correspond précisément au seuil, fixé par arrêté du ministre chargé de l'économie en vertu de l'article L. 132-22, au-delà duquel la communication annuelle est obligatoire. La fixation de ce seuil est donc à renvoyer au même arrêté.

Cette obligation a paru trop restrictive à votre commission, car elle permet de fait d'attendre un délai de trois ans sans accusé de réception avant que l'assureur n'ait l'obligation de procéder à la vérification du décès éventuel de l'assuré, et ce quel que soit son âge. Au surplus, cette disposition serait en retrait par rapport aux engagements déontologiques pris par les assureurs dans le prolongement de la loi du 17 décembre 2007.

Depuis l'entrée en vigueur du dispositif « AGIRA II », les assureurs ont déjà pu procéder, conformément à leurs engagements déontologiques, au

contrôle des contrats pour lesquels la provision mathématique était supérieure à 2000 euros, l'assuré était âgé de plus de 90 ans et aucun contact avec lui n'avait eu lieu depuis au moins deux ans.

Votre commission a considéré qu'il était possible d'aller au-delà avec un mécanisme plus simple, le dispositif « AGIRA II » étant dorénavant pleinement opérationnel, en prévoyant une obligation annuelle de consultation du répertoire national d'identification des personnes physiques pour tous les contrats dont la provision est supérieure à 2000 € afin de s'assurer du décès éventuel de l'assuré, sans aucune condition d'absence d'accusé de réception du souscripteur ou de l'assuré, ni d'âge.

Votre commission a adopté un **amendement** en ce sens.

En deuxième lieu, cet article impose une obligation de recherche du bénéficiaire du contrat lorsqu'il apparaît, à l'issue de la recherche au répertoire national d'identification des personnes physiques, que l'assuré n'est pas décédé, mais qu'il n'a pas accusé réception à trois reprises consécutives. Or, la communication annuelle dont la proposition de loi impose d'accuser réception est adressée par l'assureur au contractant et non à l'assuré, celui-ci n'étant pas toujours le contractant, comme déjà indiqué plus haut.

On peut s'interroger sur une telle obligation, car elle ne concerne pas un contrat non réclamé. Sans doute faut-il considérer que si l'assureur n'a plus de contact avec le souscripteur, peut-être le bénéficiaire en a-t-il et que, dès lors, l'assureur, en retrouvant le bénéficiaire, retrouverait le souscripteur. Pour autant, si le souscripteur n'est pas décédé, cette lourde démarche permettrait simplement de pouvoir retrouver son adresse, ce qui ne serait guère utile en outre dans le cas où il ne serait pas l'assuré. En effet, après un premier délai de trois ans sans nouvelle, l'assureur doit vérifier l'éventualité du décès après un second délai de trois ans, soit six ans pour procéder à la recherche.

Cette obligation a donc paru inadaptée à votre commission, à la fois insuffisante dans ses effets et disproportionnée dans sa mise en œuvre.

En troisième lieu, la proposition de loi tend à permettre d'imputer, dans des limites fixées par décret, les frais de vérification de l'éventuel décès de l'assuré et les frais de recherche du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré, sur le capital ou la rente lorsque l'entreprise d'assurance est en mesure de procéder à leur versement.

Votre commission a estimé injustifié de faire peser sur le bénéficiaire des coûts dont il n'est pas directement responsable. Il entre dans les diligences normales de l'assureur à l'égard du bénéficiaire, envers lequel il est redevable des sommes prévues au contrat, de procéder aux recherches nécessaires pour le retrouver ou pour s'assurer du décès de l'assuré. Dans la plupart des cas, ces coûts sont minimes. Prévoir une telle faculté risque de susciter des dérives au détriment des bénéficiaires, par le prélèvement de frais injustifiés qui pourrait prendre un caractère automatique.

En outre, il appartient à l'assureur de vérifier que la clause bénéficiaire du contrat, lors de sa conclusion, a été rédigée d'une façon suffisamment claire et précise pour pouvoir retrouver aisément le bénéficiaire. Ce type de contrat emploie souvent des clauses-types désignant de façon non nominative comme bénéficiaire le conjoint, à défaut les enfants nés ou à naître et à défaut les héritiers. De telles clauses, bien qu'autorisées, rendent difficile l'identification du ou des bénéficiaires.

En outre, il est ressorti des auditions menées par votre rapporteur qu'une telle faculté d'imputer les frais de recherche n'était pas demandée par les organisations professionnelles du secteur de l'assurance et de la mutualité.

Votre commission a donc écarté cette disposition.

En quatrième lieu, l'article premier prévoit la publication annuelle par les entreprises d'assurance d'un état indiquant le nombre et l'encours des contrats, qualifiés de non réclamés, répondant cumulativement aux critères figurant actuellement dans les engagements déontologiques de la profession, à savoir un assuré âgé de plus de 90 ans, une provision mathématique de plus de 2000 € et une absence d'accusé de réception de la communication annuelle à trois reprises consécutives. Cet état doit également faire état des sommes versées à la suite des vérifications faites au répertoire national d'identification des personnes physiques. Il doit être annexé aux comptes soumis à l'assemblée générale et transmis à l'autorité de tutelle, à savoir la nouvelle Autorité de contrôle prudentiel, qui s'est substituée, au début de cette année, entre autres à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles¹.

Une telle obligation de transparence, que votre commission approuve pleinement dans son principe, ne semble guère opérationnelle, en ce qu'elle ne peut viser, dans sa rédaction, qu'une partie des contrats susceptibles d'être non réclamés. Une information plus objective consisterait à ce que les assureurs rendent compte des démarches effectuées au titre des dispositifs « AGIRA I » et « AGIRA II » et de leurs résultats. Un suivi statistique de ces démarches d'une année à l'autre permettrait d'apprécier non pas l'ampleur du phénomène des contrats non réclamés, impossible à calculer de façon fiable et objective, mais l'évolution du nombre de contrats retrouvés alors que l'assuré est décédé. Une baisse régulière du nombre de ces contrats signifierait la réduction du nombre des contrats non réclamés.

En outre, cette disposition trouverait sans doute mieux sa place à un autre emplacement dans le code des assurances. Aussi votre commission a-t-elle créé pour ce faire un article additionnel après l'article premier.

Votre commission a adopté l'article premier ainsi modifié.

¹ Instituée par l'ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010 portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance, l'Autorité de contrôle prudentiel, chargée de la surveillance des acteurs des marchés de la banque et de l'assurance, procède de la fusion de la Commission bancaire, de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, du Comité des entreprises d'assurance et du Comité des établissements de crédit et des entreprises d'investissement.

Article premier bis

(art. L. 132-22 du code des assurances
et art. L. 223-21 du code de la mutualité)

**Publicité des démarches effectuées par les assureurs
en vue de la résorption des contrats d'assurance sur la vie non réclamés**

Reprenant en la modifiant une disposition disjointe de l'article premier, votre commission a adopté un amendement ayant pour objet de créer, dans le code des assurances, au sein du chapitre IV du titre IV, relatif aux dispositions comptables et statistiques, du livre III, relatif aux entreprises d'assurance, une obligation d'annexer aux comptes annuels un état des démarches effectuées au titre des deux dispositifs « AGIRA I » et « AGIRA II » et des résultats obtenus, notamment en termes de sommes versées aux bénéficiaires.

L'Association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance serait également tenue à une obligation globale de publication des démarches réalisées par ses soins à la demande des assureurs.

L'information serait ainsi disponible, à la disposition du public, à la fois pour le portefeuille de contrats d'assurance sur la vie de chaque assureur et pour l'ensemble des assureurs intervenant sur ce type de contrat.

Des dispositions analogues sont prévues dans le code de la mutualité, au sein de la section 6, relative aux dispositions financières et comptables, du chapitre IV du livre Ier, relatif aux règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles.

Article 2

(art. L. 132-22 du code des assurances
et art. L. 223-21 du code de la mutualité)

**Renforcement des obligations d'information des assureurs
à l'égard des souscripteurs de contrat d'assurance sur la vie**

L'article 2 prévoit deux séries de dispositions identiques, pour les entreprises d'assurance et institutions de prévoyance, qui relèvent du code des assurances, et pour les mutuelles, qui relèvent du code de la mutualité.

Il dispose que, dans la communication annuelle au souscripteur du contrat prévue à l'article L. 132-22 du code des assurances pour les contrats dont la provision mathématique est au moins égale à 2000 €, seuil fixé par un arrêté du ministre chargé de l'économie, l'entreprise d'assurance mentionne l'obligation pour le souscripteur de l'informer de tout changement d'adresse. La communication doit également faire état de la possibilité de modifier la clause bénéficiaire, possibilité prévue par l'article 4 de la proposition de loi que votre commission propose par ailleurs de supprimer.

En outre, la proposition prévoit l'obligation, pour le souscripteur, d'accuser réception dans le délai d'un mois de la communication qui lui est

adressée par l'entreprise d'assurance et, s'il y a lieu, de l'informer de son changement d'adresse et de la modification de la clause bénéficiaire.

Cette obligation d'accuser réception n'est assortie d'aucune sanction, mais sur elle repose le mécanisme de l'article premier consistant pour l'assureur à s'informer de l'éventuel décès de l'assuré, en cas d'absence d'accusé de réception trois années consécutives par le souscripteur. A cet égard, il faut noter que, dans certains cas, le souscripteur n'est pas l'assuré, de sorte que le décès du souscripteur n'entraîne pas la liquidation du contrat et le versement du capital ou de la rente.

De plus, pour matérialiser l'accusé de réception, aucune solution ne paraît pleinement satisfaisante. Il peut prendre la forme, par exemple, d'un coupon figurant dans le courrier de communication annuelle, à retourner à l'assureur. En l'absence de sanction, il est vraisemblable que le souscripteur, par négligence, omettra d'accuser réception, sans pour autant que cela puisse signifier qu'il soit décédé. Il conviendrait alors de procéder à l'envoi de toute communication annuelle par lettre recommandée avec accusé de réception, ce qui constituerait une formalité très lourde compte tenu du nombre de contrats. De plus, même dans ce cas, la négligence est possible, lorsque le souscripteur ne prend pas soin de recevoir la lettre recommandée, et l'absence d'accusé de réception ne saurait signifier le décès.

Des dispositions analogues sont prévues par la proposition de loi à l'article L. 223-21 du code de la mutualité.

Compte tenu des modifications qu'elle a déjà apportées à l'article premier, votre commission a considéré que ces formalités supplémentaires étaient à la fois inefficaces, coûteuses et manifestement disproportionnées si leur but est effectivement de permettre à l'entreprise d'assurance de s'informer du décès, d'autant que l'article premier prévoit l'obligation de s'informer sur le décès après seulement trois absences consécutives d'accusé de réception, c'est-à-dire après un délai de trois ans. Si le souscripteur, lorsqu'il est aussi l'assuré, est décédé, il n'est pas souhaitable d'attendre trois ans pour le vérifier.

Votre commission a donc supprimé l'article 2.

Article 3

(art. L. 132-8 du code des assurances
et art. L. 223-10 du code de la mutualité)

Intervention de tiers agréés pour la recherche des bénéficiaires de contrat d'assurance sur la vie en cas de décès de l'assuré

L'article 3 prévoit deux dispositions identiques, pour les entreprises d'assurance et institutions de prévoyance, qui relèvent du code des assurances, et pour les mutuelles, qui relèvent du code de la mutualité.

Cet article complète le dernier alinéa de l'article L. 132-8 du code des assurances, lequel dispose que l'assureur est tenu de rechercher le bénéficiaire

du contrat lorsqu'il est informé du décès de l'assuré. L'article 3 prévoit que l'assureur, pour procéder à cette recherche, peut avoir recours à des tiers agréés par arrêté du ministre chargé de l'économie selon des modalités fixées par décret.

Une disposition analogue est prévue par la proposition de loi à l'article L. 223-10 du code de la mutualité.

Votre commission a considéré que chaque assureur était en mesure, le plus souvent, de procéder à la recherche du bénéficiaire lui-même et que, dans les cas où il s'avère nécessaire de faire appel à un prestataire spécialisé dans la recherche de personnes, l'assureur est d'ores et déjà capable de solliciter un tel prestataire et de choisir celui qui présentera à ses yeux les meilleures garanties de sérieux et de compétence. En l'état actuel de la législation, rien ne s'oppose en effet à ce qu'un assureur utilise les services de ces prestataires.

Il ne paraît donc pas opportun de créer un agrément spécifique, qui serait réservé aux sociétés spécialisées dans la recherche de bénéficiaires de contrats d'assurance sur la vie. La gestion d'un tel dispositif représenterait, en outre, pour l'administration chargée d'instruire les demandes et d'attribuer les agréments, un coût sans doute disproportionné par rapport à son utilité.

Votre commission a donc supprimé l'article 3.

Article 4

(art. L. 132-9 du code des assurances
et art. L. 223-11 du code de la mutualité)

Caractère révocable de la stipulation par le souscripteur d'un contrat d'assurance sur la vie en faveur du bénéficiaire du contrat

L'article 4 prévoit également deux dispositions identiques, pour les entreprises d'assurance et institutions de prévoyance, qui relèvent du code des assurances, et pour les mutuelles, qui relèvent du code de la mutualité.

Elle vise à revenir sur l'équilibre de la loi du 17 décembre 2007 en ce qu'elle a modifié les conditions de l'acceptation de la clause bénéficiaire, en disposant que la stipulation par laquelle le bénéfice de l'assurance sur la vie est attribué à un bénéficiaire est révocable à tout moment par le souscripteur, à la seule condition d'en informer préalablement le bénéficiaire, qui est supposé en accuser réception. L'absence d'accusé de réception par le bénéficiaire ne semble pas emporter de conséquence. Cette formalité d'information du bénéficiaire suppose que celui-ci puisse être informé, ce qui n'est pas le cas à l'évidence pour les enfants à naître du souscripteur. Le rachat du contrat par le souscripteur ou le versement d'avances au souscripteur sont possibles dans les mêmes conditions, après information du bénéficiaire.

Actuellement, l'article L. 132-9 tel qu'il résulte de la loi de 2007 indique que la stipulation devient irrévocable dès lors qu'elle a été acceptée par le bénéficiaire, cette acceptation étant entourée de règles nouvelles. En effet, lorsque l'assuré est encore en vie, l'acceptation par le bénéficiaire prend la

forme d'un avenant au contrat d'assurance, avenant auquel l'assureur, le souscripteur et le bénéficiaire sont parties. De la sorte, l'acceptation par le bénéficiaire ne peut avoir lieu sans l'accord du souscripteur.

En outre, l'article 4 se réfère inutilement au dernier alinéa de l'article L. 132-4-1, selon lequel l'acceptation du bénéfice d'un contrat conclu moins de deux ans avant la publicité du jugement de mise sous tutelle ou curatelle du souscripteur peut être annulée en cas d'incapacité notoire au moment de la souscription. En effet, l'acceptation est révocable à tout moment.

L'équilibre atteint en 2007 dans la modification de l'acceptation de la clause bénéficiaire paraissant largement satisfaisant, votre commission n'a pas souhaité le remettre en cause.

Votre commission a donc supprimé l'article 4.

*

* *

Votre commission a adopté la proposition de loi ainsi rédigée.

EXAMEN EN COMMISSION

MERCREDI 31 MARS 2010

La commission a examiné le rapport de M. Dominique de Legge et établi le texte qu'elle propose pour la proposition de loi n° 2 (2009-2010), présentée par M. Hervé Maurey, relative aux contrats d'assurance sur la vie.

Ayant rappelé que l'objectif de la proposition de loi était de réduire le nombre des contrats d'assurance sur la vie non réclamés par leur bénéficiaire, M. Dominique de Legge, rapporteur, a précisé que l'encours de l'assurance sur la vie était de 1 265 milliards d'euros à la fin de l'année 2009, pour une estimation de l'encours des contrats non réclamés variant de 700 millions à 5 milliards. Il a indiqué que le phénomène bien connu des contrats non réclamés résultait de plusieurs causes : le décès de l'assuré n'est pas connu de l'assureur, le bénéficiaire n'est pas informé de l'existence du contrat ou ne peut être retrouvé par l'assureur. Pour remédier à ce phénomène, le législateur est intervenu par deux fois en 2005 et 2007.

La loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 permet à toute personne susceptible d'être bénéficiaire d'un contrat d'assurance sur la vie d'en demander la vérification aux assureurs, par l'intermédiaire de l'association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance (dispositif « AGIRA I »).

La loi n° 2007-1775 du 17 décembre 2007 oblige les assureurs à s'informer du décès éventuel de l'assuré, grâce à l'accès qu'elle leur donne au répertoire national d'identification des personnes physiques (dispositif « AGIRA II »). A la suite de l'adoption de cette loi, les assureurs se sont engagés à procéder en priorité à des recherches pour les contrats dont l'assuré était âgé de plus de 90 ans, avec une absence de contact depuis deux ans, et dont la provision mathématique était de plus de 2 000 euros. Ce dispositif n'a toutefois été opérationnel qu'en 2009, compte tenu des délais d'obtention de l'autorisation de la commission nationale de l'informatique et des libertés pour l'utilisation des données tirées du répertoire des personnes physiques. Le fichier des personnes décédées qui en est résulté fait l'objet d'environ un million d'interrogations chaque mois.

Dans ces conditions, M. Dominique de Legge, rapporteur, a fait part de ses interrogations sur l'opportunité de légiférer à nouveau en matière de contrats d'assurance sur la vie non réclamés.

M. Dominique de Legge, rapporteur, a indiqué que la proposition de loi prévoyait une obligation, pour les assureurs, de s'informer de l'éventuel décès de l'assuré en l'absence à trois reprises consécutives d'accusé de réception au courrier annuel d'information sur l'évolution du contrat, envoyé

par l'assureur. La simple absence d'accusé de réception lui est apparu constituer une base juridique fragile pour prévoir de nouvelles obligations à la charge des assureurs, d'autant qu'il n'existe aucune sanction pour l'assuré qui n'accuse pas réception.

Il a approuvé, en revanche, le principe d'une obligation annuelle de contrôle de l'éventuel décès de l'assuré, d'autant que les chiffres de consultation du dispositif « AGIRA II » montrent que les assureurs sont en mesure de procéder à des recherches massives sur leur portefeuille de contrats d'assurance sur la vie.

Souscrivant à la disposition de la proposition de loi imposant de publier en annexe des comptes des assureurs des informations sur les contrats non réclamés, il a estimé qu'il était plus pertinent, compte tenu de la difficulté d'identifier de tels contrats, de dresser un état des démarches effectuées de recherche des assurés décédés et des bénéficiaires.

M. Dominique de Legge, rapporteur, a ensuite exprimé son opposition à la possibilité pour les assureurs d'imputer les frais de recherche sur les sommes devant revenir au bénéficiaire. De même, il n'a pas estimé utile de créer une profession agréée pour la recherche des bénéficiaires, celle-ci relevant, en premier lieu, de la responsabilité des assureurs.

Enfin, pour des raisons de stabilité de la loi et de sécurité juridique, M. Dominique de Legge, rapporteur, a désapprouvé la possibilité pour le souscripteur d'un contrat d'en modifier unilatéralement la clause bénéficiaire après son acceptation. Ceci conduirait à revenir sur l'équilibre atteint dans la loi de 2007, qui avait sécurisé les conditions de l'acceptation, par le bénéficiaire, de la stipulation faite à son profit.

M. Yves Détraigne a confirmé que les contrats d'assurance sur la vie en déshérence constituent un sujet sensible, sans qu'il soit justifié pour autant de légiférer à nouveau. Il a préféré insister sur la nécessité de vérifier que les assureurs utilisent bien les nouveaux dispositifs mis en place par le législateur.

Considérant que la proposition de loi répond à une vraie préoccupation, M. Jean-Pierre Sueur a déclaré partager les orientations du rapporteur. Il n'est pas justifié de faire assumer par le bénéficiaire les frais de recherche de l'assureur. De même, il n'est pas justifié d'agréer des sociétés pour procéder à des recherches qui sont de la responsabilité des assureurs. Enfin, M. Jean-Pierre Sueur a désapprouvé l'intention de l'auteur de la proposition de loi de revenir sur la réforme, dans la loi de 2007, des conditions d'acceptation du contrat par le bénéficiaire.

M. Jacques Mézard a jugé louable l'objectif de l'auteur de la proposition de loi, considérant que les assureurs n'ont pas à conserver des sommes qui ne leur appartiennent pas. Il s'est inquiété de l'obligation faite aux assurés d'accuser réception du courrier annuel de l'assureur, l'absence d'accusé de réception pouvant conduire ce dernier à s'exonérer de toute responsabilité. En outre, il a estimé qu'il était impossible de remettre en cause

les conditions d'acceptation de la clause bénéficiaire telles qu'elles résultent de la loi de 2007.

M. Jean-Jacques Hyst, président, a rappelé que le phénomène des décès ignorés existait, au-delà du seul problème des contrats d'assurance sur la vie non réclamés. Deux lois successives sont intervenues en 2005 et 2007, les dispositifs qu'elles ont mis en place montent en puissance. Il a affirmé qu'il fallait évaluer ces dispositions avant de vouloir les modifier. Concernant plus particulièrement l'acceptation de la clause bénéficiaire, il a jugé qu'il n'était pas raisonnable de revenir sur la loi de 2007. L'assurance sur la vie étant aussi un produit d'épargne attractif, il a besoin de stabilité et de sécurité juridiques.

Approuvant les propos du président, M. François Pillet a considéré qu'en cas de modification des conditions de l'acceptation de la clause bénéficiaire, il était très probable qu'une instruction fiscale viendrait retirer à l'assurance sur la vie tous les avantages dont elle bénéficie actuellement.

Avant de présenter les amendements qu'il a soumis à la commission, M. Dominique de Legge, rapporteur, a indiqué avoir reçu l'accord de M. Hervé Maurey, auteur de la proposition de loi, pour la modifier.

Le sort de l'ensemble des amendements examinés par la commission est retracé dans le tableau suivant :

Article premier			
Renforcement des obligations de recherche et d'information des assureurs en matière de contrats d'assurance sur la vie non réclamés			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. Dominique de Legge, rapporteur	1	Obligation annuelle des assureurs de s'informer du décès éventuel de l'assuré	Adopté
Article additionnel après l'article premier			
Publicité des démarches effectuées par les assureurs en vue de la résorption des contrats d'assurance sur la vie non réclamés			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. Dominique de Legge, rapporteur	2	Publicité des démarches effectuées par les assureurs au titre des dispositifs « AGIRA »	Adopté
Article 2			
Renforcement des obligations d'information des assureurs à l'égard des souscripteurs de contrat d'assurance sur la vie			

Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. Dominique de Legge, rapporteur	3	Suppression de l'article	Adopté
Article 3 Intervention de tiers agréés pour la recherche des bénéficiaires de contrat d'assurance sur la vie en cas de décès de l'assuré			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. Dominique de Legge, rapporteur	4	Suppression de l'article	Adopté
Article 4 Caractère révocable de la stipulation par le souscripteur d'un contrat d'assurance sur la vie en faveur du bénéficiaire du contrat			
Auteur	N°	Objet	Sort de l'amendement
M. Dominique de Legge, rapporteur	5	Suppression de l'article	Adopté

La commission a adopté à l'unanimité la proposition de loi ainsi rédigée.

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **M. Hervé Maurey**, auteur de la proposition de loi

Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi

- **M. Franck Saudo**, conseiller banque, assurances, marchés financiers au cabinet du ministre

- **M. Ivan Amosse**, adjoint au chef du bureau marchés et produits d'assurance à la direction générale du Trésor et de la politique économique

Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles

- **M. Antoine Mantel**, secrétaire général

- **Mme Barbara Souverain-Dez**, chargée des relations avec les particuliers

Société Capitaux Recherche Déshérence

- **M. Fabrice Remon**, président

- **M. Gérard Dusséaux**, directeur général

Conseil supérieur du Notariat

- **Me Jean-Marie Ohnet**, président de l'institut des études juridiques

- **Me Alain Delfosse**, directeur des affaires juridiques

CNIL

- **M. Jean Massot**, commissaire chargé du secteur santé et assurance maladie

Personnalité qualifiée

- **M. Luc Mayaux**, professeur à l'université de Lyon III

Association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance (AGIRA)

- **M. Philippe Rulens**, directeur

Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA)

- **M. Philippe Poiget**, directeur des affaires juridiques, fiscales et de la concurrence
- **Mme Sylvie Gautherin**, sous-directrice des assurances de personnes

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

- **M. Christian Marey**, directeur général de l'union nationale de prévoyance de la mutualité française
- **M. Christophe Ollivier**, directeur du département expertise financière de la direction des relations avec les mutuelles, conseiller auprès du directeur général

Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)

- **M. Bertrand Boivin-Champeaux**, directeur prévoyance et retraite supplémentaire

Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA)

- **M. Yanick Bonnet**, responsable vie et finances

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique
<p>Code des assurances</p>	<p>Proposition de loi relative aux contrats d'assurance sur la vie</p>	<p>Proposition de loi relative aux contrats d'assurance sur la vie</p>
	<p>Article 1^{er}</p>	<p>Article 1^{er}</p>
	<p>I. — L'article L. 132-9-3 du code des assurances est ainsi modifié :</p>	<p>I. — <u>Le I de l'article L. 132-9-3 du code des assurances est complété par une phrase ainsi rédigée :</u></p>
<p><i>Art. L. 132-9-3.</i> — I. — Les entreprises d'assurance mentionnées au 1^o de l'article L. 310-1 du présent code ainsi que les institutions de prévoyance et unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale s'informent, dans les conditions prévues au II du présent article, du décès éventuel de l'assuré.</p>	<p>1^o Le I est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>1^o Alinéa supprimé.</p>
	<p>« Cette obligation est annuelle lorsque l'assuré n'a pas accusé réception selon les modalités visées à l'article L. 132-22 à trois reprises successives et lorsque le contrat d'assurance vie a une provision mathématique supérieure à 2 000 euros » ;</p>	<p><u>« Elles s'informent selon une périodicité au moins annuelle pour les contrats dont la provision mathématique est égale ou supérieure au montant visé au premier alinéa de l'article L. 132-22 du présent code. »</u></p>
<p>II. — Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 132-9-2 sont autorisés à consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Les entreprises d'assurance ainsi que les institutions de prévoyance et unions mentionnées au I obtiennent de ces organismes professionnels communication de ces données en vue d'effectuer des traitements de données nominatives. Ces traitements ont pour objet la recherche des assurés et bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie décédés.</p>	<p>2^o II est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>2^o Supprimé.</p>
<p><i>Art. L. 132-22.</i> — Cf. <i>infra</i>.</p>	<p>« III. — Si après la consultation prévue au II, les entreprises d'assurances ainsi que les institutions de prévoyance et unions visées au I, constatent que l'assuré est vivant et si, à trois reprises successives, l'assuré n'a pas accusé réception dans le délai prévu à l'article</p>	

Texte en vigueur

Art. L. 132-23-1. — Cf. annexe.

Art. L. 132-8. — Cf. infra.

Art. L. 132-22. — Cf. infra.

Code de la mutualité

Art. L. 223-10-2. — I. — Les mutuelles et unions ayant pour objet la réalisation d'opérations d'assurance mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 s'informent, dans les conditions prévues au II du présent article, du décès éventuel de l'assuré.

Texte de la proposition de loi

~~L. 132-22, elles sont tenues de le rechercher.~~

~~«IV. — Lorsque l'entreprise d'assurance est en mesure de procéder au versement du capital ou de la rente garantis dans le délai d'un mois mentionné à l'article L. 132-23-1, le coût des recherches visées au II et à l'article L. 132-8 peut venir en déduction du capital ou de la rente garantie aux bénéficiaires de l'opération d'assurance sur la vie dans les limites fixées par décret.~~

~~«V. — Les entreprises visées au I établissent, à la clôture de chaque exercice, un état indiquant le nombre et l'encours des contrats d'assurance sur la vie non réclamés répondant aux critères cumulatifs suivants : l'assuré est âgé de plus de 90 ans, la provision mathématique est supérieure à 2 000 euros, l'assuré n'a pas accusé réception à trois reprises successives selon les modalités visées à l'article L. 132-22.~~

~~«Cet état, inclus dans les états réglementaires que doivent produire les compagnies d'assurance et les institutions de prévoyance, en annexe à leurs comptes soumis à l'approbation des assemblées générales et de leurs autorités de tutelle, notamment ceux prévus à l'article L. 344-10, indique également le montant des sommes versées au cours de l'exercice écoulé aux bénéficiaires de contrats à la suite des recherches visées au II.»~~

II. — L'article L. 223-10-2 du code de la mutualité est ainsi modifié :

1° Le I est complété par une phrase ainsi rédigée :

~~« Cette obligation est annuelle lorsque l'assuré qui n'a pas accusé réception selon les modalités visées à l'article L. 123-21 à trois reprises successives et lorsque le contrat d'assurance vie a une provision mathématique supérieure à~~

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

II. — Le I de l'article L. 223-10-2 du code de la mutualité est complété par une phrase ainsi rédigée :

1° Alinéa supprimé.

« Elles s'informent selon une périodicité au moins annuelle lorsque les capitaux garantis sont égaux ou supérieurs au montant visé au premier alinéa de l'article L. 223-21. »

Texte en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte élaboré par la commission en
vue de l'examen en séance publique

II. — Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 223-10-1 sont autorisés à consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Les mutuelles et unions mentionnées au I obtiennent de ces organismes professionnels communication de ces données en vue d'effectuer des traitements de données nominatives. Ces traitements ont pour objet la recherche des membres participants et bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie décédés.

~~2 000 euros.»;~~

~~2° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :~~

Art. L. 223-21. — Cf. annexe.

~~« III. — Si après la consultation prévue au II, les mutuelles ou unions visées au I constatent que l'assuré est vivant et si, à trois reprises successives, l'assuré n'a pas accusé réception dans le délai prévu à l'article L. 223-21, elles sont tenues de le rechercher.~~

Art. L. 223-22-1. — Cf. annexe.

~~« IV. — Lorsque la mutuelle ou l'union est en mesure de procéder au versement du capital ou de la rente garantis dans le délais d'un mois mentionné à l'article L. 223-22-1, le coût des recherches visées au II et à l'article L. 323-10 peut venir en déduction du capital ou de la rente garantie aux bénéficiaires de l'opération d'assurance sur la vie dans les limites fixées par décret.~~

~~« V. — Les mutuelles et unions visées au I établissent, à la clôture de chaque exercice, un état indiquant le nombre et l'encours des contrats d'assurance sur la vie non réclamés répondant aux critères cumulatifs suivants : l'assuré est âgé de plus de 90 ans, la provision mathématique est supérieure à 2 000 euros, l'assuré n'a pas accusé réception à trois reprises successives selon les modalités visées à l'article L. 223-21.~~

~~« Cet état, inclus dans le rapport de gestion mentionné à l'article L. 114-17, indique également le mon-~~

2° Supprimé.

Texte en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique
<p>— <i>Art. L. 114-17. — Cf. annexe.</i></p>	<p>tant des sommes versées au cours de l'exercice écoulé aux bénéficiaires de contrats à la suite des recherches visées au H.»</p>	<p>—</p> <p><i>Article 1^{er} bis (nouveau)</i></p> <p><u>I. — Le code des assurances est ainsi modifié :</u></p> <p><u>1° Après l'article L. 132-9-3, il est inséré un article L. 132-9-4 ainsi rédigé :</u></p> <p><u>« Art. L. 132-9-4. — Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 132-9-2 publient chaque année un bilan de l'application des articles L. 132-9-2 et L. 132-9-3. » ;</u></p> <p><u>2° Après l'article L. 344-1, il est inséré un article L. 344-2 ainsi rédigé :</u></p> <p><u>« Art. L. 344-2. — Les entreprises d'assurance mentionnées au 1° de l'article L. 310-1 du présent code ainsi que les institutions de prévoyance et unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale retracent, dans un état annexé à leurs comptes, les démarches qu'elles ont effectuées au cours de l'exercice correspondant au titre des articles L. 132-9-2 et L. 132-9-3, ainsi que les sommes dont le versement au bénéficiaire est résulté de ces démarches. »</u></p> <p><u>II. — Le code de la mutualité est ainsi modifié :</u></p> <p><u>1° Après l'article L. 223-10-2, il est inséré un article L. 223-10-3 ainsi rédigé :</u></p> <p><u>« Art. L. 223-10-3. — Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 223-10-1 publient chaque année un bilan de l'application des articles L. 223-10-1 et L. 223-10-2. » ;</u></p> <p><u>2° Après l'article L. 114-46, il est inséré un article L. 114-46-1 ainsi rédigé :</u></p>
<p>Code des assurances</p>		
<p><i>Art. L. 132-9-2 et L. 132-9-3. — Cf. annexe.</i></p>		
<p><i>Art. L. 310-1. — Cf. annexe.</i></p>		
<p>Code de la mutualité</p>		
<p><i>Art. L. 223-10-1 et L. 223-10-2. — Cf. annexe.</i></p>		

Texte en vigueur

Art. L. 111-1. — Cf. annexe.

Code des assurances

Art. L. 132-22. — Pour les contrats dont la provision mathématique est égale ou supérieure à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de l'économie, l'entreprise d'assurance ou de capitalisation communique chaque année au contractant :

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

- le cas échéant, le montant de la valeur de réduction de son contrat ;

- le montant des capitaux garantis ;

- la prime du contrat.

Pour ces mêmes contrats, elle communique également chaque année au contractant dans des conditions précisées par arrêté du ministre chargé de l'économie :

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

- le taux moyen de rendement des actifs détenus en représentation des engagements au titre des contrats de même catégorie ;

- et, pour les contrats dont les ga-

Texte de la proposition de loi

Article 2

~~I. — L'article L. 132-22 du code des assurances est complété par deux alinéas ainsi rédigés :~~

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

« Art. L. 114-46-1. — Les mutuelles et unions ayant pour objet la réalisation d'opérations d'assurance mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 retracent, dans un état annexé à leurs comptes, les démarches qu'elles ont effectuées au cours de l'exercice correspondant au titre des deuxième et dernier alinéas de l'article L. 223-10-1 et de l'article L. 223-10-2, ainsi que les sommes dont le versement au bénéficiaire est résulté de ces démarches. »

Article 2

Supprimé.

Texte en vigueur

—

ranties sont exprimées en unités de compte, les valeurs de ces unités de compte, leur évolution annuelle à compter de la souscription du contrat et les modifications significatives affectant chaque unité de compte.

Ces montants ne peuvent tenir compte de participations bénéficiaires qui ne seraient pas attribuées à titre définitif.

L'entreprise d'assurance ou de capitalisation indique en termes précis et clairs dans cette communication ce que signifient les opérations de rachat, de transfert et de réduction et quelles sont leurs conséquences légales et contractuelles.

Pour les contrats dont la provision mathématique est inférieure au montant défini au premier alinéa et pour les contrats ou bons de capitalisation au porteur, les informations définies au présent article sont communiquées pour une année donnée au contractant qui en fait la demande.

Le contrat fait référence à l'obligation d'information prévue aux alinéas précédents.

Code de la mutualité

Art. L. 223-21. — La mutuelle ou l'union communique chaque année au membre adhérent dont les capitaux

Texte de la proposition de loi

—

~~« L'entreprise d'assurance mentionne dans la communication prévue aux précédents alinéas que le contractant doit l'informer de tout éventuel changement d'adresse et qu'il a le droit de modifier la clause bénéficiaire ou de la compléter.~~

~~« Dans un délai d'un mois après réception des informations visées aux alinéas précédents, le contractant en accuse réception auprès de l'assureur et l'informe s'il y a lieu de son éventuel changement d'adresse, passé ou à venir, ainsi que d'une éventuelle modification de la clause désignant le ou les bénéficiaires. »~~

~~H. — L'article L. 223-21 du code de la mutualité est complété par deux alinéas ainsi rédigés :~~

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

—

Texte en vigueur

Texte de la proposition de loi

**Texte élaboré par la commission en
vue de l'examen en séance publique**

garantis sont égaux ou supérieurs à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité :

- le montant de la valeur de rachat ou la valeur de transfert de son plan d'épargne retraite populaire tel que défini à l'article L. 144-2 du code des assurances ;

- le cas échéant, le montant de la valeur de réduction ;

- le montant des capitaux et des rentes garantis ;

- le rendement garanti, la participation aux excédents ainsi que le taux moyen de rendement des actifs détenus en représentation des engagements au titre des garanties de même catégorie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité ;

- et, pour les règlements dont les garanties sont exprimées en unités de compte, les valeurs de ces unités de compte, leur évolution annuelle à compter de la souscription du contrat et les modifications significatives affectant chaque unité de compte. Ces modifications sont précisées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Ces montants ne peuvent tenir compte de participations aux excédents qui ne seraient pas attribuées à titre définitif.

La mutuelle ou l'union indique en termes précis et clairs dans cette communication ce que signifient les opérations de rachat, de transfert et de réduction et quelles sont leurs conséquences légales et contractuelles.

Lorsque les capitaux garantis sont inférieurs au montant défini au premier alinéa, les informations définies au présent article sont communiquées pour une année donnée au membre adhérent qui en fait la demande.

La garantie fait référence à l'obligation d'information prévue aux alinéas précédents.

Texte en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

Code des assurances

Art. L. 132-8. — Le capital ou la rente garantis peuvent être payables lors du décès de l'assuré à un ou plusieurs bénéficiaires déterminés.

Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés la stipulation par laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à une ou plusieurs personnes qui, sans être nommément désignées, sont suffisamment définies dans cette stipulation pour pouvoir être identifiées au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis.

Est notamment considérée comme remplissant cette condition la désignation comme bénéficiaires des personnes suivantes :

-les enfants nés ou à naître du contractant, de l'assuré ou de toute autre personne désignée ;

-les héritiers ou ayants droit de l'assuré ou d'un bénéficiaire prédécédé.

L'assurance faite au profit du conjoint profite à la personne qui a cette qualité au moment de l'exigibilité.

Les héritiers, ainsi désignés, ont droit au bénéfice de l'assurance en proportion de leurs parts héréditaires. Ils conservent ce droit en cas de renoncia-

~~« La mutuelle ou l'union mentionne dans la communication prévue aux précédents alinéas que le contractant doit l'informer de tout éventuel changement d'adresse et qu'il a le droit de modifier la clause bénéficiaire ou de la compléter.~~

~~« Dans un délai d'un mois après réception des informations visées aux alinéas précédents, le contractant en accuse réception auprès de l'assureur et l'informe s'il y a lieu d'éventuels changements de sa situation, notamment en termes d'adresse et de bénéficiaire. »~~

Article 3

~~I. — Le dernier alinéa de l'article L. 132-8 du code des assurances est complété par une phrase ainsi rédigée :~~

Article 3

Supprimé.

Texte en vigueur

Texte de la proposition de loi

**Texte élaboré par la commission en
vue de l'examen en séance publique**

tion à la succession.

En l'absence de désignation d'un bénéficiaire dans la police ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le contractant a le droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre. Cette désignation ou cette substitution ne peut être opérée, à peine de nullité, qu'avec l'accord de l'assuré, lorsque celui-ci n'est pas le contractant. Cette désignation ou cette substitution peut être réalisée soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par voie testamentaire.

Lorsque l'assureur est informé du décès de l'assuré, l'assureur est tenu de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit.

Code de la mutualité

Art. L. 223-10. — Le capital ou la rente garantie sont payables lors du décès du membre participant à un ou plusieurs bénéficiaires déterminés.

Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés la stipulation par laquelle le bénéfice de la garantie est attribué à une ou plusieurs personnes qui, sans être nommément désignées, sont suffisamment définies dans cette stipulation pour être identifiées au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis.

Est notamment considérée comme remplissant cette condition la désignation comme bénéficiaires des personnes suivantes :

-les enfants nés ou à naître de l'adhérent ou de toute autre personne désignée ;

-les héritiers ou ayants droit du membre participant ou d'un bénéficiaire

~~« Cette recherche peut être effectuée par l'assureur lui-même ou des tiers agréés par arrêté du ministre chargé de l'économie selon des modalités fixées par décret. »~~

~~H. — Le dernier alinéa de l'article L. 223-10 du code de la mutualité est complété par une phrase ainsi rédigée :~~

Texte en vigueur	Texte de la proposition de loi	Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique
<p>décédé.</p> <p>L'assurance faite au profit du conjoint profite à la personne qui a cette qualité au moment de l'exigibilité.</p> <p>Les héritiers, ainsi désignés, ont droit au bénéfice de l'assurance en proportion de leurs parts héréditaires. Ils conservent ce droit en cas de renonciation à la succession.</p> <p>En l'absence de désignation d'un bénéficiaire dans le bulletin d'adhésion ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire, le cotisant a le droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre. Cette désignation ou cette substitution ne peut être opérée, à peine de nullité, qu'avec l'accord du membre participant, lorsque celui-ci n'est pas le cotisant. Cette désignation ou cette substitution peut être réalisée soit par la modification du bulletin d'adhésion, soit par voie d'avenant au contrat, soit en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du code civil, soit par voie testamentaire.</p> <p>Lorsque la mutuelle ou l'union est informée du décès du membre participant, elle est tenue de rechercher le bénéficiaire et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit.</p>	<p>« Cette recherche peut être effectuée par la mutuelle ou l'union elle-même ou des tiers agréés par arrêté du ministre chargé de l'économie selon des modalités fixées par décret. »</p>	<p>Article 4</p> <p>Supprimé.</p>
Code des assurances	<p>Article 4</p> <p>I. — L'article L. 132-9 du code des assurances est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :</p> <p>« I. — Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 132-4-1, la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé est révoicable à tout moment si le stipulant en informe au préalable le bénéficiaire</p>	

Texte en vigueur

Texte de la proposition de loi

Texte élaboré par la commission en
vue de l'examen en séance publique

conditions prévues au II du présent article. Pendant la durée du contrat, après acceptation du bénéficiaire, le stipulant ne peut exercer sa faculté de rachat et l'entreprise d'assurance ne peut lui consentir d'avance sans l'accord du bénéficiaire.

Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut être exercé de son vivant ni par ses créanciers ni par ses représentants légaux. Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la révocation ne peut intervenir qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du stipulant, par ses héritiers, qu'après l'exigibilité de la somme assurée et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de l'assurance a été mis en demeure par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il accepte.

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

II. — Tant que l'assuré et le stipulant sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'entreprise d'assurance, du stipulant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'as-

~~de la stipulation faisant l'objet d'une révocation, qui en accuse réception. Pendant la durée du contrat, après acceptation du bénéficiaire, le stipulant peut exercer sa faculté de rachat et l'entreprise d'assurance peut lui consentir une avance. Le stipulant doit en informer au préalable le bénéficiaire qui en accuse réception.»;~~

~~2° Au début du deuxième alinéa du I, supprimer les mots : « Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu ».~~

Texte en vigueur

—
surance est conclu.

Après le décès de l'assuré ou du stipulant, l'acceptation est libre.

Code de la mutualité

Art. L. 223-11. — I. — Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 223-7-1, la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de la garantie est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci, effectuée dans les conditions prévues au II du présent article. Pendant la durée de l'opération d'assurance, après acceptation du bénéficiaire, le stipulant ne peut exercer sa faculté de rachat et la mutuelle ou l'union ne peut lui consentir d'avance sans l'accord du bénéficiaire.

Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut être exercé de son vivant ni par ses créanciers ni par ses représentants légaux. Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la révocation ne peut intervenir qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du cotisant, par ses héritiers qu'après l'exigibilité de la somme assurée et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de la garantie a été mis en demeure, par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il accepte.

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

Texte de la proposition de loi

—
H. — ~~L'article L. 223-11 du code de la mutualité est ainsi modifié :~~

~~1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :~~

~~« I. — Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 223-7-1, la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé est révoicable si le stipulant en informe au préalable le bénéficiaire de la stipulation faisant l'objet d'une révocation, qui en accuse réception. Pendant la durée du contrat, après acceptation du bénéficiaire, le stipulant peut exercer sa faculté de rachat et la mutuelle ou l'union peut lui consentir une avance. Le stipulant doit en informer au préalable le bénéficiaire qui en accuse réception. » ;~~

~~2° Au début du deuxième alinéa du I, supprimer les mots : « Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu ».~~

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

—

Texte en vigueur

—

II. — Tant que le membre participant et le stipulant sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de la mutuelle ou de l'union, du stipulant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard de la mutuelle ou de l'union que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Après le décès du membre participant ou du stipulant, l'acceptation est libre.

Texte de la proposition de loi

—

Texte élaboré par la commission en vue de l'examen en séance publique

—

ANNEXE AU TABLEAU COMPARATIF

Code des assurances	51
<i>Art. L. 132-9-2, L. 132-9-3, L 132-23-1 et L. 310-1</i>	
Code de la mutualité	52
<i>Art. L. 111-1, L. 114-17, L. 223-10-1, L. 223-10-2, L. 223-21 et L. 223-22-1</i>	

Code des assurances

Art. L.132-9-2. — Toute personne physique ou morale peut demander par lettre à un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs, habilités à cet effet par arrêté du ministre chargé de l'économie, à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice dans une police souscrite par une personne physique dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès.

Dans les quinze jours suivant la réception de la lettre mentionnée au premier alinéa, l'organisme transmet cette demande aux entreprises agréées pour exercer les opérations d'assurance dépendant de la durée de la vie humaine. Lorsque la personne morale ou physique mentionnée audit alinéa est désignée dans une police comme bénéficiaire, ces entreprises disposent d'un délai d'un mois pour l'informer de l'existence d'un capital ou d'une rente garantis payables à son bénéfice.

Art. L.132-9-3. — I. — Les entreprises d'assurance mentionnées au 1° de l'article L. 310-1 du présent code ainsi que les institutions de prévoyance et unions régies par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale s'informent, dans les conditions prévues au II du présent article, du décès éventuel de l'assuré.

II. — Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 132-9-2 sont autorisés à consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Les entreprises d'assurance ainsi que les institutions de prévoyance et unions mentionnées au I obtiennent de ces organismes professionnels communication de ces données en vue d'effectuer des traitements de données nominatives. Ces traitements ont pour objet la recherche des assurés et bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie décédés.

Art. L. 132-23-1. — Après le décès de l'assuré ou au terme prévu par le contrat et à compter de la réception des pièces nécessaires au paiement, l'entreprise d'assurance verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie. Au-delà de ce délai, le capital non versé produit 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.

Art. L. 310-1. — Le contrôle de l'Etat s'exerce dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrats d'assurance et de capitalisation. Sont soumises à ce contrôle :

1° les entreprises qui sous forme d'assurance directe contractent des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, s'engagent à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, ou font appel à l'épargne en vue de la capitalisation et contractent à cet effet des engagements déterminés ;

2° les entreprises qui sous forme d'assurance directe couvrent les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;

3° les entreprises qui sous forme d'assurance directe couvrent d'autres risques y compris ceux liés à une activité d'assistance.

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions régies par le livre IX du code de la sécurité sociale et à l'article L. 727-2 du code rural ne sont pas soumises aux dispositions du présent code.

Sont également soumises au contrôle de l'Etat les entreprises agréées à la date du 1er janvier 1993 qui font appel à l'épargne en vue de la capitalisation sans souscrire d'engagements déterminés.

Code de la mutualité

Art. L.111-1. — I.-Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code.

Les mutuelles peuvent avoir pour objet :

1° De réaliser les opérations d'assurance suivantes :

a) Couvrir les risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;

b) Contracter des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants, faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation en contractant des engagements déterminés ;

c) Réaliser des opérations de protection juridique et d'assistance aux personnes ;

d) Couvrir le risque de perte de revenus lié au chômage ;

e) Apporter leur caution mutualiste aux engagements contractés par leurs membres participants en vue de l'acquisition, de la construction, de la location ou de l'amélioration de leur habitat ou de celui de leurs ayants droit ;

2° D'assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, ainsi que la protection de l'enfance, de la famille, des personnes âgées, dépendantes ou handicapées ;

3° De mettre en œuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles ;

4° De participer à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité en application des articles L. 211-3 à L. 211-7, L. 381-8, L. 381-9, L. 611-3, L. 712-6 à L. 712-8 du code de la sécurité sociale et des articles L. 723-2, L. 731-30 à L. 731-34, L. 741-23 et L. 742-3 du code rural et d'assurer la gestion d'activités et de prestations sociales pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques.

Elles peuvent accepter les engagements mentionnés au 1° ci-dessus en réassurance.

Elles peuvent également, à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II pour la délivrance de ces engagements.

II.-Sous réserve des dispositions du III, une même mutuelle ne peut exercer à la fois une activité d'assurance définie au 1° ou aux deux derniers alinéas du I et une activité définie au 2° ou au 3° du I. En outre, une mutuelle exerçant une activité d'assurance ne peut contracter à la fois des engagements définis au b du 1° du I et des engagements définis aux c, d et e du 1° du I.

III.-Une mutuelle exerçant une activité d'assurance peut assurer la prévention des risques de dommages corporels, mettre en oeuvre une action sociale ou gérer des réalisations sanitaires et sociales dans la mesure où ces activités sont accessoires, et accessibles uniquement :

-à ses membres participants et à leurs ayants droit, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat qu'ils ont souscrit ;

-aux souscripteurs d'un contrat proposé par une entreprise relevant du code des assurances, par une institution de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ou par une autre mutuelle d'assurance, et ayant passé une convention avec elle, dès lors que les prestations délivrées dans ce cadre découlent directement du contrat passé avec ces souscripteurs.

Art. L. 114-17. — Le conseil d'administration détermine les orientations de l'organisme et veille à leur application.

Le conseil d'administration opère les vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme. Chaque administrateur reçoit toutes les informations nécessaires à

l'accomplissement de sa mission et se fait communiquer les documents qu'il estime utiles.

A la clôture de chaque exercice, le conseil d'administration arrête les comptes annuels et établit un rapport de gestion qu'il présente à l'assemblée générale et dans lequel il rend compte :

a) Des prises de participation dans des sociétés soumises aux dispositions du livre II du code de commerce ;

b) De la liste des organismes avec lesquels la mutuelle ou l'union constitue un groupe au sens de l'article L. 212-7 ;

c) De l'ensemble des sommes versées en application de l'article L. 114-26 ; un rapport distinct, certifié par le commissaire aux comptes et également présenté à l'assemblée générale, détaille les sommes et avantages de toute nature versées à chaque administrateur ;

d) De l'ensemble des rémunérations versées aux dirigeants salariés ;

e) De la liste des mandats et fonctions exercés par chacun des administrateurs de la mutuelle, union ou fédération ;

f) Des transferts financiers entre mutuelles et unions ;

g) Pour les mutuelles ou leurs unions relevant du livre II, le montant et les modalités de répartition pour l'année écoulée de la participation aux excédents.

Le conseil d'administration établit, à la clôture de chaque exercice, les comptes consolidés ou combinés, lorsque la mutuelle, l'union ou la fédération fait partie d'un groupe au sens de l'article L. 212-7, ainsi qu'un rapport sur la gestion du groupe qu'il communique à l'assemblée générale.

Il établit également, lorsque la mutuelle ou l'union relève du livre II, le rapport de solvabilité visé à l'article L. 212-3 et un état annuel annexé aux comptes et relatif aux plus-values latentes, visé à l'article L. 212-6.

Art. L.223-10-1. — Le bulletin d'adhésion comporte une information sur les conséquences de la désignation du ou des bénéficiaires et sur les modalités de cette désignation. Il précise que la clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toute personne physique ou morale peut demander par lettre à un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs, habilités à cet effet par arrêté du ministre chargé de la mutualité, à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice dans une police souscrite par une personne physique dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès.

Dans les quinze jours suivant la réception de la lettre mentionnée à l'alinéa précédent, l'organisme transmet cette demande aux mutuelles ou unions agréées pour exercer les opérations d'assurance dépendant de la durée de la vie humaine. Lorsque la personne morale ou physique mentionnée au deuxième alinéa est désignée dans une police comme bénéficiaire, ces

mutuelles ou unions disposent d'un délai d'un mois pour l'informer de l'existence d'un capital ou d'une rente garantis payables à son bénéficiaire.

Art. L. 223-10-2. — I. — Les mutuelles et unions ayant pour objet la réalisation d'opérations d'assurance mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1 s'informent, dans les conditions prévues au II du présent article, du décès éventuel de l'assuré.

II. — Les organismes professionnels mentionnés à l'article L. 223-10-1 sont autorisés à consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Les mutuelles et unions mentionnées au I obtiennent de ces organismes professionnels communication de ces données en vue d'effectuer des traitements de données nominatives. Ces traitements ont pour objet la recherche des membres participants et bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie décédés.

Art. L. 223-21. — La mutuelle ou l'union communique chaque année au membre adhérent dont les capitaux garantis sont égaux ou supérieurs à un montant fixé par arrêté du ministre chargé de la mutualité :

- le montant de la valeur de rachat ou la valeur de transfert de son plan d'épargne retraite populaire tel que défini à l'article L. 144-2 du code des assurances ;

- le cas échéant, le montant de la valeur de réduction ;

- le montant des capitaux et des rentes garantis ;

- le rendement garanti, la participation aux excédents ainsi que le taux moyen de rendement des actifs détenus en représentation des engagements au titre des garanties de même catégorie, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la mutualité ;

- et, pour les règlements dont les garanties sont exprimées en unités de compte, les valeurs de ces unités de compte, leur évolution annuelle à compter de la souscription du contrat et les modifications significatives affectant chaque unité de compte. Ces modifications sont précisées par arrêté du ministre chargé de la mutualité.

Ces montants ne peuvent tenir compte de participations aux excédents qui ne seraient pas attribuées à titre définitif.

La mutuelle ou l'union indique en termes précis et clairs dans cette communication ce que signifient les opérations de rachat, de transfert et de réduction et quelles sont leurs conséquences légales et contractuelles.

Lorsque les capitaux garantis sont inférieurs au montant défini au premier alinéa, les informations définies au présent article sont communiquées pour une année donnée au membre adhérent qui en fait la demande.

La garantie fait référence à l'obligation d'information prévue aux alinéas précédents.

Art. L. 223-22-1. — Après le décès du membre participant ou au terme prévu par le contrat ou le bulletin d'adhésion et à compter de la réception des pièces nécessaires au paiement, la mutuelle ou l'union verse, dans un délai qui ne peut excéder un mois, le capital ou la rente garantis au bénéficiaire de l'opération d'assurance sur la vie. Au-delà de ce délai, le capital non versé produit 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.