

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1978-1979

Annexe au procès-verbal de la séance du 11 avril 1979.

AVIS

PRÉSENTÉ

*Au nom de la Commission des Affaires économiques et du Plan (1)
sur le projet de loi relatif au contrat d'assurance et aux opérations
de capitalisation.*

Par M. Pierre CECCALDI-PAVARD,

Sénateur.

(1) *Cette Commission est composée de : MM. Michel Chauty, président ; Robert Laucourt, Bernard Legrand, Joseph Yvon, Marcel Lucotte, vice-présidents ; Francisque Collomb, Marcel Lemaire, Fernand Chatelain, André Barroux, secrétaires ; Octave Bajeux, Charles Beaupetit, Georges Berchet, Jacques Bialski, Auguste Billiémas, Jean-Marie Bouloux, Amédée Bouquerel, Raymond Bouvier, Jacques Braconnier, Marcel Brégégère, Raymond Brun, Pierre Ceccaldi-Pavard, Auguste Chupin, Jean Colin, Jacques Coudert, Raymond Courrière, Pierre Croze, Hector Dubois, Raymond Dumont, Emile Durieux, Gérard Ehlers, Jean Filippi, Léon-Jean Grégory, Roland Grimaldi, Paul Guillaumot, Jean-Paul Hammann, Rémi Herment, Bernard Hugo, Maurice Janetti, Maxime Javelly, Pierre Jeambrun, Paul Kausse, Pierre Labondé, France Lechenault, Fernand Lefort, Charles-Edmond Lenglet, Paul Malassagne, Pierre Marzin, Daniel Millsud, Louis Minetti, Paul Mistral, Jacques Mossion, Pierre Noé, Henri Olivier, Louis Orvoen, Bernard Parmantier, Bernard Pellarin, Albert Pen, Pierre Perrin, André Picard, Jean-François Pintat, Richard Pouille, Maurice PrévotEAU, François Prigent, Roger Quilliot, Jean-Marie Rausch, Roger Rinchet, Jules Roujon, Maurice Schumann, Michel Sordel, Pierre Tajan, René Travert, Raoul Vadepied, Frédéric Wirth, Charles Zwickert.*

Voir les numéros :

Sénat : 55, 279 (1978-1979).

Assurances. — Contrat d'assurance - Capitalisation.

SOMMAIRE

	Pages
I. — L'enjeu économique :	
— Les différentes catégories d'assurances	5
— L'organisation de la profession	6
— Le rôle de l'assurance dans la collecte de l'épargne	15
II. — Les principales dispositions du projet :	
— Donner une base légale aux assurances à capital variable et rendre obligatoire la participation aux bénéfices dans les contrats de capitalisation ..	20
— Permettre la subrogation en matière d'assurance-accident	27
— Accorder une faculté de renonciation au souscripteur d'un contrat d'assurance-vie	29
III. — Les propositions de la Commission :	
— Prévoir une garantie minimale en francs pour les risques décès-accidents dans les contrats à capital variable	31
— Faire de la subrogation le droit commun en matière d'assurances-accidents en favorisant la concurrence	31
— Garantir les droits de l'assuré défaillant de bonne foi	32
— Informer et protéger le souscripteur à la signature et pendant l'exécution du contrat	32
IV. — Examen des articles :	
— <i>Article premier</i> : Nature des prestations garanties	34
— <i>Art. 2</i> : Subrogation de l'assureur	36
— <i>Art. 13</i> : Défaut de paiement de la prime	39
— <i>Art. 14, 15 et 15 bis</i> : Rachat et réduction du contrat	42
— <i>Art. 20</i> : Délais de renonciation et de réflexion	44
V. — Amendements présentés par la Commission	48
Annexes :	
1. Protocole d'accord entre les organisations de consommateurs, l'Institut national de la consommation et la Fédération française des sociétés d'assurances	53
2. Liste des S.I.C.A.V. servant de support à des contrats d'assurances	55
3. Evolution des cours des S.I.C.A.V.	57
4. Evolution parallèle de la valeur des parts ou des actions servant de référence aux contrats A.C.A.V.I.	58

MESDAMES, MESSIEURS,

Ce projet de loi relatif au contrat d'assurance et aux opérations de capitalisation peut sembler à première vue n'apporter au très complexe Code des assurances que des adaptations de faible importance pour tenir compte de l'évolution de la pratique. En fait les réflexions, les propositions, voire les interrogations contenues dans cet avis, en soulignent largement la portée aussi bien pour les sociétés d'assurances que pour les assurés eux-mêmes. Loin d'interférer avec le travail d'amélioration de la cohérence juridique du texte mené par M. Jean Geoffroy, rapporteur de la commission des Lois, saisie au fond, votre commission des Affaires économiques et du Plan veut mettre l'accent sur certains problèmes concrets que recèle ce projet de loi, par delà le caractère extrêmement technique de son dispositif : l'enjeu économique et social de l'assurance — qui constitue près de 4 % des dépenses des ménages — ne peut être sous-estimé parce qu'elle touche le plus souvent à des événements graves de la vie familiale : maladie, invalidité ou décès, mais aussi parce qu'elle représente une part croissante de l'épargne des Français et donc des moyens de financement de l'économie nationale.

C'est dans cet esprit que votre Commission s'est, conformément à sa vocation, surtout préoccupée du consommateur du produit assurance, c'est-à-dire du souscripteur, en prenant en considération les exigences ou les contraintes spécifiques d'un secteur qui tient une place croissante au sein de l'économie française.



Aussi, n'est-ce qu'après avoir rappelé l'enjeu économique du projet de loi que votre Commission en présentera les principales dispositions et qu'elle exposera les modifications qu'elle vous propose d'y apporter.

I. — L'ENJEU ÉCONOMIQUE

Dans un monde qui attache de plus en plus de prix à la sécurité des personnes et des biens, l'assurance constitue d'abord le moyen privilégié par lequel un individu, une entreprise isolée se prémunit contre les conséquences financières des **risques** les plus graves auxquels ils sont exposés et auxquels ils exposent les autres, quand ces risques ne sont pas couverts par des régimes obligatoires imposés et gérés par la collectivité.

Cette exigence croissante de sécurité, en ce qui concerne notamment les biens et les revenus et plus généralement le train de vie familial, a conduit à **rapprocher les assurances du secteur bancaire** tant du point de vue de l'organisation de la profession que de la nature de leur activité ou même de leur rôle dans la collecte de l'épargne, bien que l'effort de prévoyance qu'elles supposent continue d'en marquer l'originalité.

• Les différentes catégories d'assurances.

Le critère juridique classique de distinction en matière d'assurances est fondé sur la nature des obligations de l'assureur. Celui-ci doit, soit indemniser l'assuré ou se substituer à lui dans ses obligations envers la victime pour *réparer* les conséquences du sinistre, c'est l'**assurance de dommages**,* dont les exemples les plus caractéristiques sont l'assurance-automobile ou l'assurance-incendie, soit verser à l'occasion de la réalisation d'un risque les *sommes forfaitaires* stipulées au contrat et c'est l'**assurance de personne**, parfois appelée assurance de capitaux. Seules ces dernières, c'est-à-dire l'assurance-vie, l'assurance-accident ou l'assurance-maladie voient leur régime substantiellement modifié par le présent projet de loi.

Sur le plan technique, il faut rappeler que deux assurances de personnes — l'accident et la maladie — et toutes les assurances de dommages sont gérées en **répartition** : l'assureur répartit entre les assurés sinistrés la masse des primes payées par l'ensemble des membres de ce qui constitue une mutualité, la probabilité de réalisation du risque étant constante au cours du contrat. Au contraire, les assurances sur la vie sont gérées en **capitalisation** : les primes sont capitalisées selon la méthode des intérêts composés, le risque couvert pouvant varier au cours de l'exécution du contrat. Il s'agit surtout pour les assurances en cas de vie, c'est-à-dire celles

(*) Ce type d'assurance peut garantir les dommages causés aux choses, aux biens de l'assuré mais aussi ses dettes comme dans l'assurance de responsabilité.

où l'assuré d'un âge déterminé reçoit un capital s'il est encore en vie, d'opérations qui s'apparentent à de l'épargne. D'ailleurs, à côté des assurances sur la vie, les entreprises d'assurances proposent souvent d'autres contrats, dits de **capitalisation**, par lesquels elles s'engagent, moyennant un versement unique ou des versements périodiques, à payer un capital déterminé, soit à l'échéance du contrat, soit par anticipation à la suite de tirages au sort périodiques.

L'importance croissante des sociétés d'assurances en tant qu'agent de collecte de l'épargne, leur rôle privilégié d'investisseur institutionnel rapproche leur organisation professionnelle de celle des banques, même si cette convergence relative tient également à une évolution propre du secteur bancaire, notamment sur le plan des méthodes de commercialisation des placements financiers.

• **L'organisation de la profession.**

Il existait en France, au premier janvier 1977, 434 entreprises d'assurance qui se répartissaient conformément au tableau ci-après :

Sociétés	Vie et capitalisation	Domages	Total
Nationalisées	6	4	10
Anonymes	37	65	102
Mutuelles ou à forme mutuelle	11	158	169
Etrangères	19	134	153
Total	73	361	434

Ces sociétés ont des tailles très diverses : tandis que les plus petites d'entre elles sont souvent spécialisées dans la couverture d'un risque déterminé (assurance grêle, bris de glace), les plus grandes couvrent en général tous les risques — et notamment les risques industriels qui supposent une importante surface financière — et font souvent partie de groupes dans la mesure où il est *interdit à une société d'assurance-vie de vendre également de l'assurance-dommages et réciproquement*. Certains groupes sont donc constitués d'une société vie, d'une société de capitalisation et d'une société d'assurance-dommages. Parfois, s'y ajoute une société spécialisée dans les opérations de réassurance.

Sur le plan des statuts juridiques des sociétés d'assurances — qui doivent toutes être agréées par le ministre de l'Economie —, on distingue :

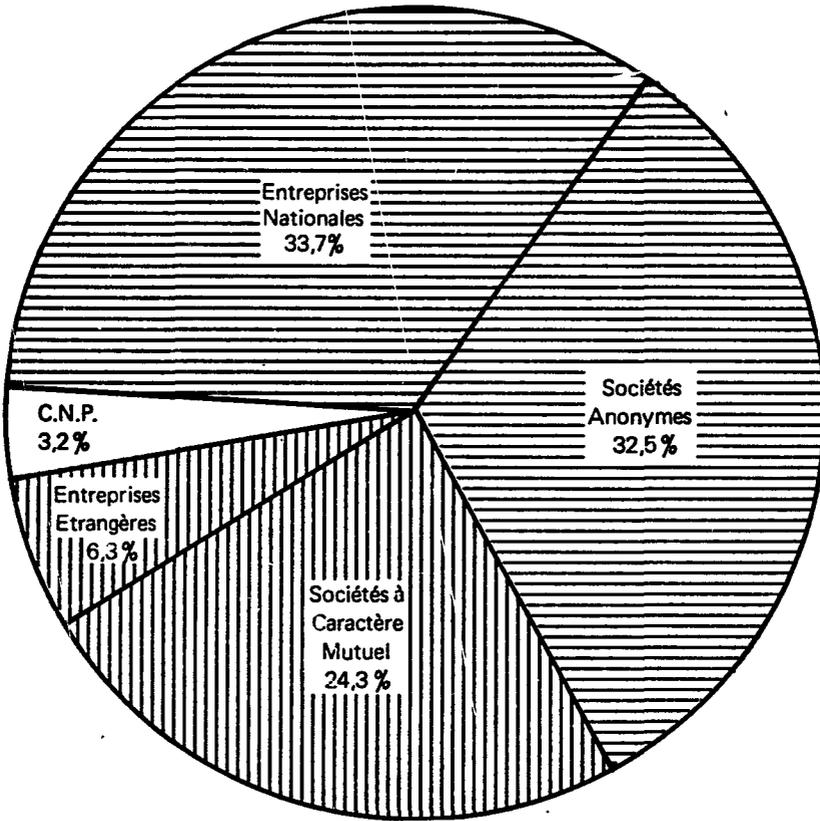
1° **Les entreprises d'assurance à forme commerciale : sociétés anonymes** — sauf pour les activités de réassurance qui peuvent être

exercées par des sociétés en commandite —, et *sociétés nationales* qui ont été progressivement regroupées depuis la loi du 25 avril 1946 de nationalisation pour constituer quatre groupes : l'Union des assurances de Paris (U.A.P.), le Groupe des assurances nationales (G.A.N.), les Assurances générales de France (A.G.F.) et les Mutuelles générales de France (M.G.F.).

2° Les entreprises d'assurance à forme civile, c'est-à-dire sans but lucratif, qui regroupent :

- les *sociétés d'assurance à forme mutuelle* : (Art. R. 322-42 à R. 322-92 du Code des assurances) qui participent de la mutualité en ce qu'elle produisent de la sécurité à prix coûtant pour ses adhérents mais se rapprochent à bien des égards de la société anonyme, car l'importance de leur activité leur impose souvent des modes de gestion de type commercial, tels que la rémunération des administrateurs et la « production » d'assurance à l'aide d'intermédiaires. Elles n'ont pas de capital social, mais un fonds d'établissement — 150.000 F ou 2.500.000 F au minimum selon la nature de leurs activités — constitué au moyen d'un emprunt remboursé progressivement par prélèvement sur les excédents dégagés sur les recettes — les cotisations fixes dans la plupart des cas, selon les dispositions des statuts, des assurés — au cours des premières années de fonctionnement. Le nombre minimal de leurs membres est fixé à 500.

**CHIFFRE D'AFFAIRES GLOBAL DU SECTEUR DE L'ASSURANCE
PAR CATEGORIES DE SOCIÉTÉS**



• les *sociétés mutuelles d'assurance* : (Art. 322-93 à R. 322-117 du Code des assurances) aux compétences assez étroitement définies : exclues de la branche assurance-vie, elles ne peuvent assurer que les risques répartition et sous certaines limites des risques de même nature en réassurance pour certains groupes professionnellement ou géographiquement déterminés. Leurs statuts fixent librement le montant du fonds d'établissement constitué par les droits d'adhésion des adhérents. Les fonctions de gérant et d'administrateur sont gratuites. Les cotisations sont toujours variables.

• la *mutualité agricole* : (Art. 322-8 à R. 322-138 du Code des assurances) régie par l'article 1235 du Code rural (25.000 caisses locales fédérées au niveau national par quatre caisses centrales) qui sont juridiquement des syndicats professionnels cantonnée dans les risques en répartition notamment d'incendie, de grêle, etc., pour les personnes physiques ou morales exerçant une activité agricole.

3° Les entreprises à *statut particulier* et notamment la *Caisse nationale de prévoyance* (C.N.P.) qui, gérée par la Caisse des dépôts et consignations, effectue des opérations à assurance-vie, invalidité et accidents du travail.

**RÉPARTITION DU CHIFFRE D'AFFAIRES (1) DE L'ASSURANCE
PAR BRANCHES ET PAR CATEGORIES D'OPÉRATIONS EN 1977**

(En millions de francs.)

Branches	Entreprises nationales d'assurance	Sociétés anonymes	Sociétés à caractère mutuel	Entreprises étrangères	Caisse nationale de prévoyance	Total
Vie et capitalisation	8.292	3.765	1.495	679	2.176	16.407
Dommages	14.483	18.193	14.841	3.605	»	51.122
Total	22.775	21.958	16.336	4.284	2.176	67.529

(1) Chiffre d'affaires brut de cessions, non compris les toutines.

**ÉVOLUTION DE LA PART DES DIFFÉRENTES CATÉGORIES D'ENTREPRISES
DANS LE CHIFFRE D'AFFAIRES DE L'ASSURANCE**

**A. — Assurance vie, capitalisation et C.N.P.
(Affaires directes France.)**

(En pourcentage du marché.)

	1950	1960	1970	1974	1975	1976
Entreprises nationales	52,9	56,3	57,7	51,8	50,5	49,0
Caisse nationale de prévoyance	17,0	12,8	12,3	13,1	13,7	14,4
Sociétés anonymes	21,9	21,5	19,6	22,9	21,9	22,5
Sociétés à forme mutuelle ..	3,9	4,5	5,3	7,7	9,4	9,7
Entreprises étrangères	4,3	4,9	5,1	4,5	4,5	4,4
Total	100	100	100	100	100	100

**B. — Assurance de dommages.
(Affaires directes France.)**

(En pourcentage du marché.)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	Variations entre 1970 et 1976
Entreprises nationales	26,3	26,7	27,0	26,8	27,1	26,6	26,2	— 0,1
Sociétés anonymes	36,3	36,8	36,7	36,9	36,4	36,0	35,6	— 0,7
Sociétés à caractère mutuel utilisant des agents ou des courtiers	10,5	10,2	10,2	10,4	10,3	10,2	10,3	— 0,2
Sociétés à forme mutuelle n'utilisant ni agent ni courtier	11,7	11,3	11,1	11,4	11,8	12,1	13,2	+ 1,5
Mutuelles agricoles	8,0	7,8	7,8	7,3	7,0	7,0	7,1	— 0,9
Entreprises étrangères	7,2	7,2	7,2	7,2	7,4	8,1	7,6	+ 0,4
Total	100	>						

Le chiffre d'affaires de la profession atteint en 1976 67,5 milliards de francs, contre 59,2 en 1975, 50,9 en 1974. Comme en 1975, le taux de croissance des primes encaissées apparaît plus rapide en 1976 pour l'assurance sur la vie (+ 18,2 %) que pour l'assurance de dommages (+ 12,9 %).

En ce qui concerne la part des différentes catégories de sociétés d'assurances dans le chiffre d'affaires global et son évolution telles

qu'elles sont retracées dans les tableaux ci-joints, on doit surtout souligner que si la part des entreprises nationalisées reste prépondérante, elle se réduit légèrement au profit des sociétés à formes ou à caractère mutuel.

Corrélativement, on constate que le trait dominant de l'évolution des emplois par forme juridique d'entreprises est le contraste entre la croissance des effectifs des sociétés à forme mutuelle et des entreprises étrangères et la diminution de ceux des entreprises nationales et, dans une moindre mesure des sociétés anonymes.

ÉVOLUTION DES EMPLOIS PAR FORME JURIDIQUE D'ENTREPRISES

(Effectifs en milliers.)

Personnel salarié	Ensemble des entreprises nationales		Ensemble des sociétés anonymes		Ensemble des sociétés à caractère mutuel		Ensemble des entreprises étrangères		Total (*)	
	1975	1976	1975	1976	1975	1976	1975	1976	1975	1976
Personnel de direction et cadres	3,5	3,6	5,4	5,7	3,8	3,8	1,0	1,3	13,7	14,4
Personnel administratif	23,8	23,3	23,1	22,5	17,2	17,4	4,1	4,5	68,2	67,7
Sous-total	27,3	26,9	28,5	28,2	21,0	21,2	5,1	5,8	81,9	82,1
Inspecteurs du cadre	2,5	2,5	2,8	3,1	0,6	0,7	0,6	0,6	6,5	6,9
Personnel de production	13,1	12,3	5,9	5,9	1,3	1,5	0,7	0,7	21,0	20,4
Total du personnel salarié en France	42,9	41,7	37,2	37,2	22,9	23,4	6,4	7,1	109,4	109,4
Personnel salarié à l'étranger	3,4	3,3	0,3	0,3	—	—	—	—	3,8	3,6
Total général du personnel salarié	46,3	45,0	37,5	37,5	22,9	23,4	6,4	7,1	113,2	113,0
Croissance (en pourcentage)	- 1,2	- 2,9	+ 0,9	- 0,2	+ 5,8	+ 2,2	+ 7,4	+ 11,3	+ 1,3	- 0,2
Pourcentage des effectifs totaux	40,9	39,8	33,1	33,2	20,3	20,7	5,7	6,3	100	100

(*) Ces chiffres ne comprennent ni la C.N.P., ni les tontines.

On peut brièvement rappeler ici que les assurances sont commercialisées par des intermédiaires aux statuts très variés :

- les *agents généraux d'assurances* exercent une profession libérale pour gérer les contrats et prospecter au nom de la compagnie dont ils sont mandataires dans la circonscription où ils ont été nommés ;

• le *courtier d'assurance*, « assureur-conseil » est une personne physique ou morale possédant la qualité de commerçant, habilitée à présenter toute opération d'assurance. Conseil des assurés pour la mise au point des contrats qu'il négocie avec la compagnie de son choix, il assiste les assurés dont il est le plus souvent le mandataire pour l'exécution des contrats et le règlement des sinistres ;

**RÉPARTITION GÉNÉRALE DES ENTREPRISES
PAR GRANDES TRANCHES DE CHIFFRE D'AFFAIRES**

	Chiffre d'affaires annuel			Total
	Inférieur à 100 millions de francs	Compris entre 100 millions et 500 millions de francs	Supérieur à 500 millions de francs	
Entreprises d'assurance vie et de capitalisation :				
Entreprises nationales	—	2	4	6
Sociétés anonymes	24	13	—	37
Sociétés à caractère mutuel	7	4	—	11
Entreprises étrangères	18	1	—	19
Total	49	20	4	73
C.N.P.	—	—	1	1
Tontines	2	—	—	2
Entreprises d'assurance dommages :				
Entreprises nationales	—	—	4	4
Sociétés anonymes	32	19	14	65
Sociétés à forme mutuelle utilisant des agents ou des courtiers	59	16	—	75
Sociétés à forme mutuelle n'utili- sant ni agent ni courtier	5	2	4	11
Mutuelles locales et profession- nelles	54	1	1	56
Mutuelles agricoles	11	4	1	16
Entreprises étrangères	125	8	1	134
Total	286	50	25	361
Total général	337	70	30	437

● les *agents mandataires* sont des travailleurs indépendants, mandatés par une société d'assurance pour présenter des contrats. Ils exercent en général une autre activité professionnelle, souvent dans l'immobilier, ce qui leur donne l'occasion de présenter aux particuliers des contrats d'incendie, des multirisques ou certains contrats d'assurance-vie ;

● les *réseaux de distribution salariés* font partie intégrante des sociétés. Comme les agents généraux ou les courtiers, ils sont rémunérés à la commission. Ils distribuent les deux-tiers de l'assurance-vie en y incluant les assurances populaires, la quasi-totalité de la capitalisation et une part de l'assurance-maladie.

Même si le marché de l'assurance français apparaît *fortement concentré* puisque les groupes et entreprises dont l'encaissement dépasse le milliard de francs réalisent 70 % du chiffre d'affaires de la profession, *la taille des sociétés françaises apparaît modeste au niveau international* : ainsi en 1974 si le premier groupe français avait encaissé 6,9 milliards de francs, les premiers groupes américains, allemands et anglais auraient respectivement encaissé pour 30, 9,6 et 9,2 milliards de francs de primes.

Cette différence s'explique sans doute par des habitudes d'assurance moindres chez les Français mais également par des facteurs structurels comme les disparités de revenu par tête ou l'inégal développement des régimes obligatoires de prévoyance. Le tableau ci-dessous illustre ce phénomène en matière d'assurance-vie.

**PART DES ENCAISSEMENTS EN BRANCHE VIE
DANS LE PRODUIT NATIONAL BRUT EN 1976**

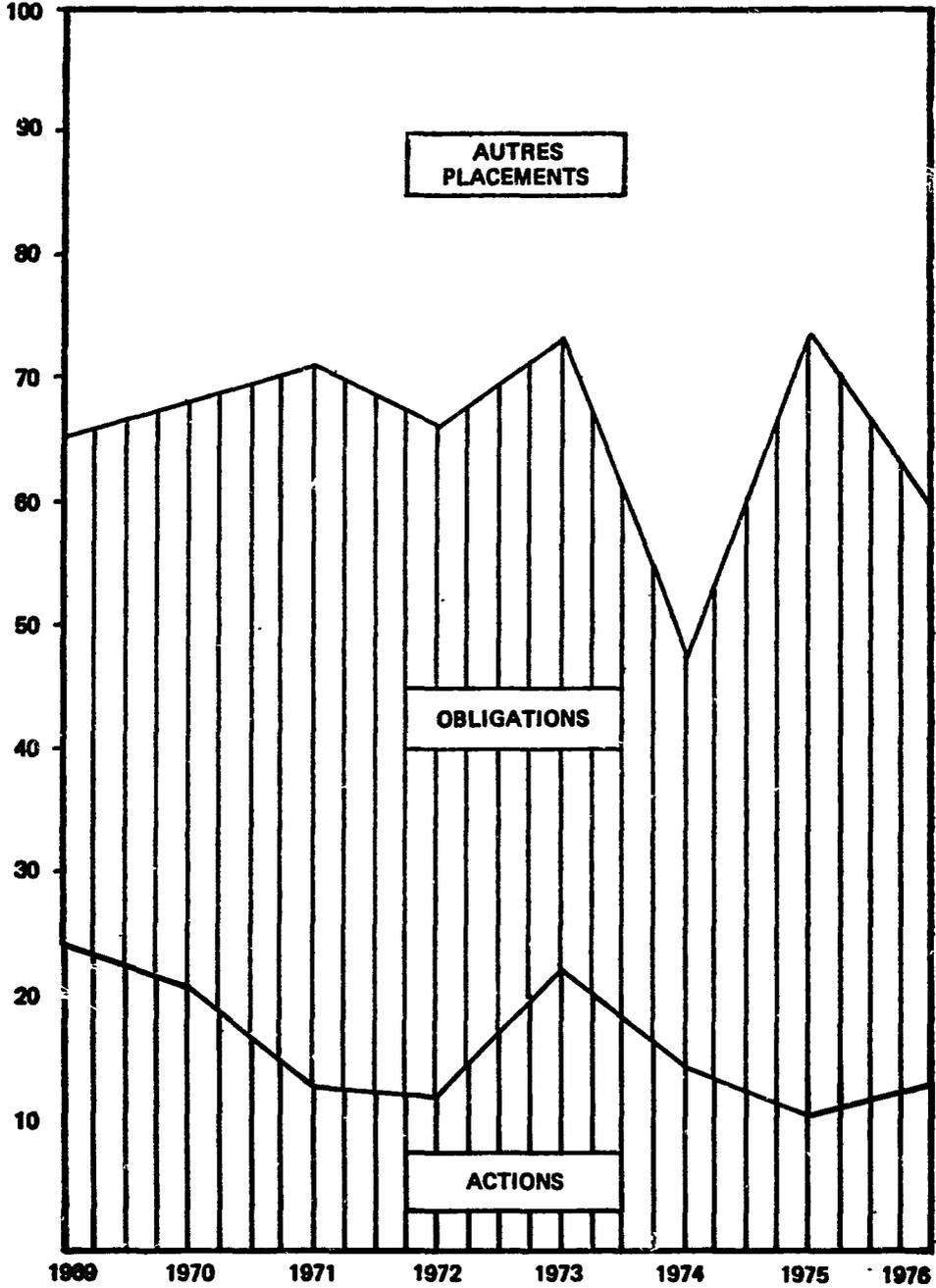
(En pourcentage.)

Canada	2,00
Grande-Bretagne	2,54
Etats-Unis	2,62
France	0,9
Italie	0,44
R.F.A.	1,85
Suède	1,75
Suisse	2,68

Cette différence de puissance économique entre compagnies françaises et européennes est assez préoccupante dans la perspective de la réalisation d'un *marché commun de l'assurance* déjà mis en place en ce qui concerne la liberté d'établissement ; celui-ci devrait être achevé par la liberté de prestation de services quand seront réglés les problèmes de transferts de ressources tant au point de vue de l'épargne à long terme que des mouvements de capitaux à court terme qu'il soulève.

STRUCTURE DES PLACEMENTS NOUVEAUX DES ENTREPRISES DES ASSURANCES

Evolution, en pourcentage, de la part des actions et des obligations
dans les placements de l'exercice considéré.



● **Le rôle de l'assurance dans la collecte de l'épargne.**

Pour faire face à leurs engagements, les sociétés d'assurances sont tenues de constituer des *provisions techniques* représentant, au bilan, leurs dettes à l'égard de leurs créanciers, c'est-à-dire notamment des assurés et bénéficiaires des contrats d'assurances.

Ces provisions diffèrent selon qu'il s'agit d'assurances de dommages (provisions pour risques en cours, provisions pour sinistres restant à payer, etc.) ou d'assurances de personnes pour lesquelles sont notamment constituées des *provisions* dites « *mathématiques* ». Ainsi, pour un contrat d'assurance-décès, celles-ci sont la conséquence de l'égalisation des primes périodiques payées par l'assuré, alors que sa probabilité de décès croît au cours du temps ; en outre, si à ce contrat s'ajoute un contrat d'assurance en cas de vie, l'épargne constituée lors de chaque versement de prime et les intérêts produits par les primes antérieures sont incorporés dans les provisions mathématiques et permettront de verser un capital à l'assuré à l'échéance du contrat.

Ces provisions techniques, qui constituent l'essentiel des ressources des sociétés d'assurances, ont évolué conformément au tableau ci-dessous.

RESSOURCES FINANCIÈRES DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

(Montants en millions de francs.)

	Montant au 31 décembre 1976	En pourcentage du total	Variation 1976/1975			Rappel du pourcentage de variation 1975/1974
			En montant	En pourcentage du total	Pourcentage de variation	
1. Provisions techniques :						
Entreprises d'assurance vie et de capitalisation	62.691	40,7	+ 8.249	44,3	+ 15,2	+ 13,8
Entreprises d'assurance dommages	76.000	49,4	+ 9.147	49,1	+ 13,7	+ 13,8
Total	138.691	90,1	+ 17.396	93,4	+ 14,3	+ 13,8
2. Fonds propres :						
Entreprises d'assurance vie et de capitalisation	5.360	3,5	+ 670	3,6	+ 14,3	+ 14,4
Entreprises d'assurance dommages	9.868	6,4	+ 552	3,0	+ 5,9	+ 12,0
Total	15.228	9,9	+ 1.222	6,6	+ 8,7	+ 12,8
3. Total des ressources :						
Entreprises d'assurance vie et de capitalisation	68.051	44,2	+ 8.919	47,9	+ 15,1	+ 13,8
Entreprises d'assurance dommages	85.868	55,8	+ 9.699	52,1	+ 12,7	+ 13,6
Total	153.919	100,0	+ 18.618	100,0	+ 13,8	+ 13,7

(C.N.P. incluse.)

PLACEMENT DES ENTREPRISES D'ASSURANCES

1^{er} janvier - 31 décembre 1977.

(En milliards de francs.)

Désignation des placements	Encours			Placements de l'année	
	Au 31 décembre 1976	Au 31 décembre 1977	Progression en pourcentage	Montant	Répartition
Obligations émises ou garanties par l'Etat	39,5	43,6	10,4	4,1	27,3
Autres obligations	19,9	23,7	19,1	3,8	25,3
Total des obligations	59,4	67,3	13,3	7,9	52,6
Actions cotées	20,0	21,8	9,0	1,8	12
Immeubles et placements assimilés	20,7	24,4	17,9	3,7	24,7
Prêts :					
— aux collectivités locales	4,8	5,1	»	»	»
— aux organismes publics de construction	1,7	1,7	»	»	»
— hypothécaires	0,6	0,7	»	»	»
— aux entreprises industrielles et commerciales	0,2	0,3	»	»	»
— autres prêts	0,4	0,4	»	»	»
Total des prêts	7,7	8,2	6,5	0,5	3,3
Liquidités et bons du Trésor	4,8	5,2	8,3	0,4	2,7
Autres placements non affectables	4,6	5,3	15,2	0,7	4,7
	117,2	132,2	12,8	15,0	100

En ce qui concerne les placements, ils se sont montés à 15 milliards de francs en 1977, soit une augmentation de 12,8 % par rapport à 1976. Comme pour les années précédentes, la progression a été plus marquée pour les entreprises d'assurance-vie (+ 15,9 %) que pour celles pratiquant les assurances de dommages (+ 10,8 %).

Les obligations ont représenté 52,6 % des placements de 1977, absorbant environ le cinquième des émissions et se répartissant à peu près à égalité entre titres privés et titres émis ou garantis par l'Etat.

En 1977, les placements nets en actions ont atteint 1,8 milliard de francs contre 2 milliards en 1976 et 1,4 milliard en 1975. Corrélativement, la part des actions dans l'ensemble des placements de l'année est passée de 14,6 % en 1976 à 12 % en 1977.

Confirmant leur tendance antérieure, les *valeurs immobilières* ont connu, en 1977, une progression importante pour atteindre 3,7 milliards de francs, soit près du quart du total des placements nets de l'année. Toutefois, il semble que leur évolution soit moins rapide en 1978.

Ainsi, à la fin 1976, les placements des sociétés d'assurances (C.N.P. incluse) représentaient 128,8 milliards de francs. A titre de comparaison, les placements de la Caisse des dépôts et consignations (C.N.P. non comprise) représentaient 355 milliards de francs. C'est le placement à long terme des fonds qui fait la principale caractéristique des placements des sociétés d'assurances.

68 % des placements sont constitués de *valeurs mobilières*. Les obligations et fonds d'Etat représentaient plus des sept dixièmes du portefeuille ; les actions un peu moins des trois dixièmes.

Ces placements font des sociétés d'assurances le **premier investisseur institutionnel** sur le marché financier comme en atteste le tableau suivant :

**PART ESTIMÉE DES DIFFÉRENTS AGENTS
DANS LA CAPITALISATION BOURSIÈRE**

(En pourcentage.)

	Obligations	Actions
Sociétés d'assurances	19	9,5
Caisse des dépôts	19	3
Caisse de retraites	8	3
S.I.C.A.V. et autres sociétés d'investissement	6	3

Si l'on raisonne en flux annuels et non plus en termes de stocks, les placements nouveaux en valeurs mobilières des sociétés d'assurances ont représenté 18,4 % des émissions de valeurs mobilières du marché français en 1976 et 3,6 % de l'investissement national, hors logements.

16,2 % des placements sont des placements immobiliers. A titre de comparaison, les placements immobiliers de la Caisse des dépôts n'ont représenté que 2 % de ses placements. En termes de flux annuels, les placements immobiliers nouveaux des sociétés d'assurances représentaient 2,8 % de l'investissement immobilier national en 1976.

Le reste des placements est constitué de prêts à long terme et de liquidités. La plupart des prêts sont des prêts aux collectivités locales ou à des organismes d'intérêt général (H.L.M. par exemple).

Ce bref rappel des principales données économiques relatives à l'assurance montre bien l'importance de l'enjeu du projet de loi, aussi bien pour les consommateurs que pour les entreprises d'assurances. **Il n'y a pas d'ailleurs, selon votre Commission, antinomie entre ces deux points de vue dans la mesure où les contraintes imposées par la réglementation — et notamment celles qui pourraient résulter du présent projet de loi — accroissant les services rendus par l'assurance aux consommateurs, doivent élargir son marché.** Dans tous les cas, il semble très probable qu'une telle évolution réglementaire ne fait qu'anticiper sur les effets naturels de la concurrence qui ne saurait que s'intensifier avec la mise en place du marché commun de l'assurance. Votre Commission tient à saisir l'occasion de ce texte pour que soient aménagées les réglementations, notamment fiscales, qui constitueraient un handicap pour les entreprises françaises face à leurs concurrentes étrangères.

Telles étaient les considérations générales qui ont guidé les propositions de votre Commission dont l'exposé sera précédé par la présentation des principales dispositions du projet de loi.

II. — LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DU PROJET

Dans cette perspective, votre Commission veut insister sur ce qui constitue, de son point de vue, les trois objectifs fondamentaux d'un projet portant, pour l'essentiel, sur les assurances de personnes et les contrats de capitalisation :

— donner une base légale aux assurances à capital variable et rendre obligatoire la participation aux bénéfices dans les contrats de capitalisation ;

— permettre la subrogation en matière d'assurance-accident ;

— accorder une faculté de renonciation au souscripteur d'un contrat d'assurance-vie.

- **Donner une base légale aux assurances à capital variable et rendre obligatoire la participation aux bénéfices dans les contrats de capitalisation.**

Il s'agit de regrouper les principales dispositions du texte à caractère financier, qui marquent le rapprochement évoqué ci-dessus des techniques de l'assurance et des techniques bancaires.

Les opérations de capitalisation, proches dans leurs modalités de l'assurance-vie, s'apparentent de plus en plus comme l'a indiqué à plusieurs reprises la Commission des opérations de bourse dans ses rapports annuels, aux plans d'épargne à long terme proposés par les banques. L'article 24 du projet tire les conséquences d'une telle évolution au profit de l'épargnant en généralisant la participation des porteurs de titres aux bénéfices des entreprises de capitalisation.

L'assurance en cas de vie constitue une opération d'épargne analogue si l'assuré est en vie au terme du contrat. On peut rappeler que l'on distingue les assurances en cas de vie, les assurances en cas de décès et les assurances mixtes.

Dans les assurances en cas de vie, il y a garantie d'un capital ou d'une rente pour l'assuré qui est vivant à l'échéance, contrat pouvant être assorti d'une contre-assurance pour permettre aux héritiers de récupérer les primes en cas de décès prématuré.

FRÉQUENCE DES DIVERS TYPES DE CONTRATS D'ASSURANCE VIE

Type de contrat		Diffusion
En cas de décès	Temporaire décès	21 % des contrats
	Vie entière	13 % des contrats
En cas de vie		8 % des contrats
Mixte ou combinée		55 % des contrats

Un Français sur trois est assuré sur la vie.

PART DES PRINCIPALES BRANCHES EN ASSURANCE VIE

(Affaires directes France.)

(En pourcentage.)

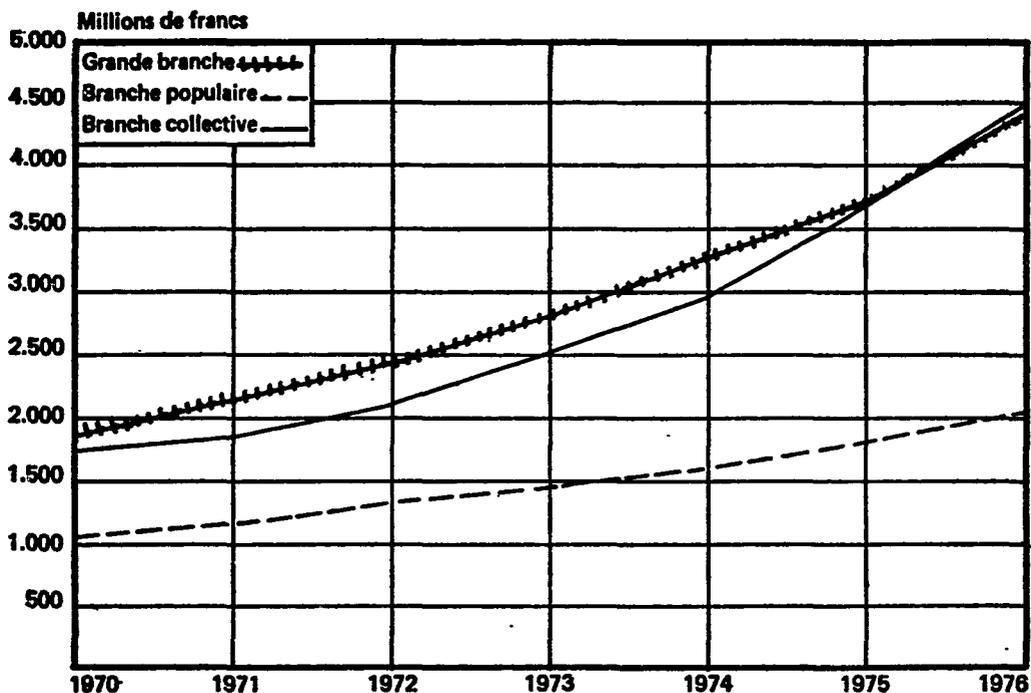
	Non compris la Caisse nationale de prévoyance			Caisse nationale de prévoyance incluse	
	1974	1975	1976	1975	1976
Grande branche (1)	39,4	38,4	38,2	39,6	38,4
Assurances populaires (2)	19,6	18,6	18,0	15,7	15,1
Assurances collectives (3)	36,8	38,7	39,8	41,1	39,9
Assurances complémentaires	2,5	2,6	2,1	2,2	3,8
Autres affaires	1,7	1,7	1,9	1,4	2,8
Total affaires directes France	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) La grande branche est celle des contrats *individuels* correspondant à une recherche de sécurité personnelle du souscripteur.

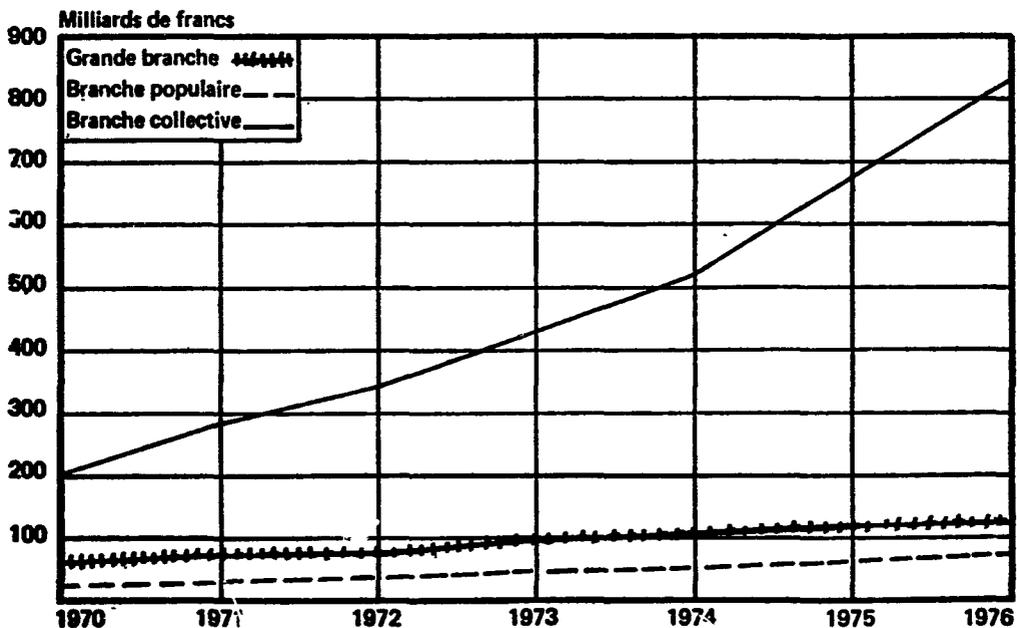
(2) Les assurances populaires constituent un régime simplifié (pas d'examen médical obligatoire) garantissant un capital limité (1,5 fois le plafond de la Sécurité sociale) dont les primes sont le plus souvent acquittées mensuellement.

(3) Les assurances de groupes souscrites collectivement permettent notamment aux collectivités professionnelles, dans le cadre des entreprises, d'offrir aux salariés des garanties complémentaires aux régimes sociaux obligatoires à un coût modéré.

PRIMES D'ASSURANCE SUR LA VIE (France seule) (1)



CAPITAUX EN COURS (France seule) (1)



(1) CNP non incluse

En matière d'assurance-décès, les contrats peuvent garantir :

— soit, pour une *assurance-vie entière*, le paiement au bénéficiaire du capital fixé à quelque époque que survienne le décès de l'assuré ;

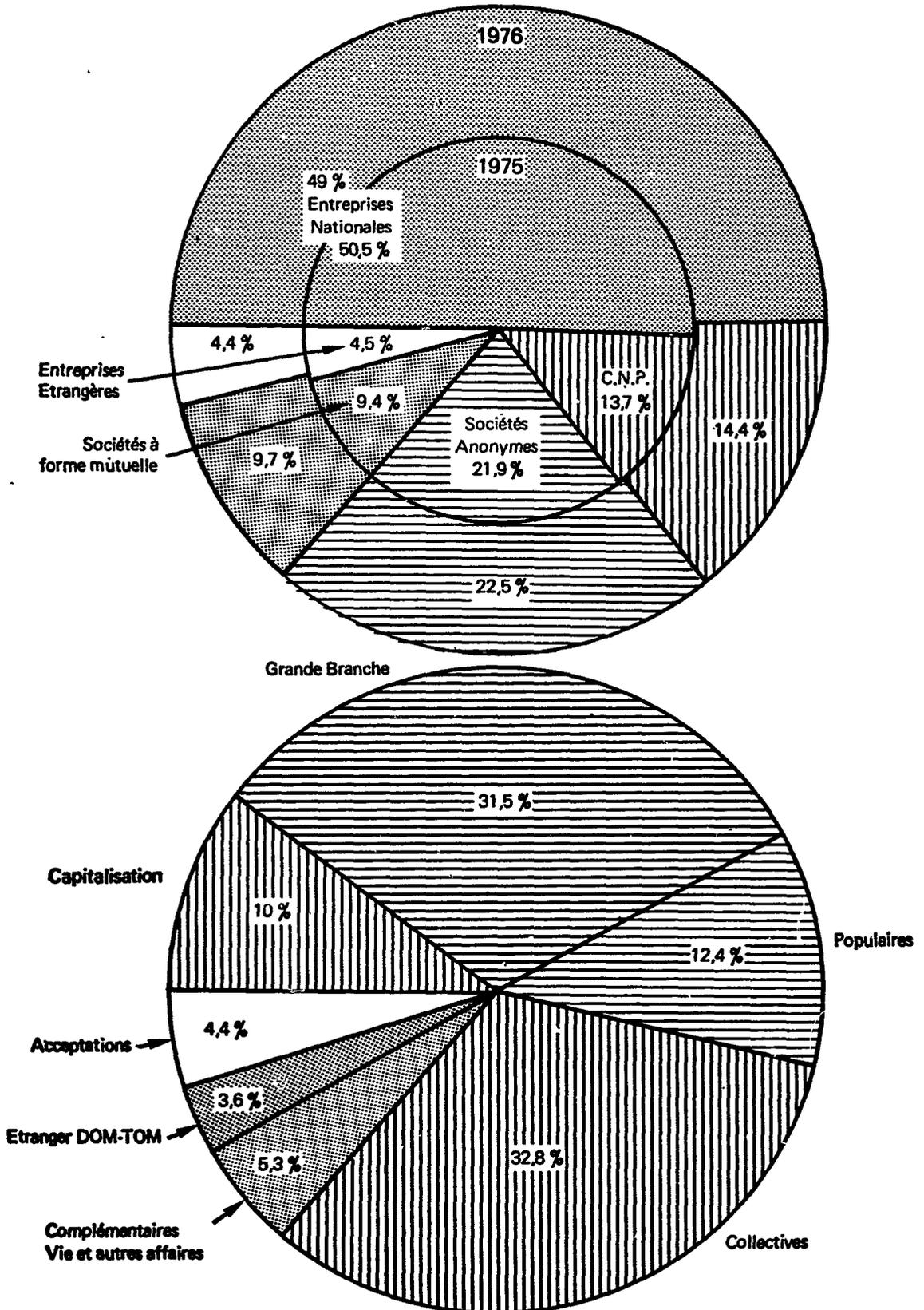
— soit, par une *assurance temporaire décès*, le paiement d'un capital si le décès survient avant une date déterminée ;

— soit, pour l'*assurance de survie*, le versement du capital convenu si, et seulement si, le bénéficiaire désigné survit à l'assuré.

Les *assurances mixtes* combinent les possibilités précédentes. L'assurance mixte ordinaire garantit le paiement d'un capital, soit au décès de l'assuré si ce décès survient avant une certaine date (temporaire-décès), soit en cas de vie, à l'échéance (capital différé). Assurant deux risques alternatifs dont la réalisation est certaine, décès ou survie, ce type de contrat est aussi plus onéreux. L'assurance mixte à terme, qui prévoit le versement de la somme fixée à une date déterminée, que l'assuré soit vivant ou non, s'apparente à un contrat de capitalisation, si ce n'est que le décès de l'assuré met fin au paiement des primes.

Le rappel montre clairement la **double nature de l'assurance-vie, opération d'assurance et opération d'épargne**, qui détermine dans la prime payée par le contractant une prime de risque et une prime d'épargne auxquelles s'ajoutent des changements permettant de récupérer les frais de gestion et les frais d'acquisition (commission des intermédiaires) des contrats.

**VENTILATION DU CHIFFRE D'AFFAIRES
VIE ET CAPITALISATION PAR CATEGORIES DE SOCIÉTÉS ET D'OPÉRATIONS**



Tandis que la prime de risque, calculée suivant des tables de mortalité, est perdue, la prime d'épargne va alimenter les provisions mathématiques que l'assureur fait fructifier au profit de ses clients et sur laquelle il doit servir des intérêts variables selon la nature du contrat — entre 3,5 et 5 % —.

La faiblesse de ces taux, compte tenu du rythme de l'inflation et des rendements courants des placements, est *compensée par l'obligation faite aux sociétés de rétrocéder une fraction très importante (85 % ou 80 %) des bénéfices* tirés de cet écart entre le taux du marché et le taux du tarif. La part du capital constitué à partir des participations aux bénéfices est d'ailleurs très variable selon les compagnies, ce qui rend toute comparaison *a priori* de résultats très difficile.

C'est dans ce contexte de dépréciation monétaire et face à l'insuffisance des taux d'intérêt portés par les réserves mathématiques que les assureurs français, s'inspirant de formules ayant fait leurs preuves à l'étranger, ont cherché à offrir aux épargnants des formules nouvelles, de nature à préserver leur pouvoir d'achat, comme celles des *assurances à primes et capital revalorisables* ou, plus récemment, des *assurances à capital variable*.

La caractéristique de ces derniers contrats est de ne plus fixer la somme assurée en francs mais en fonction de l'évolution de la valeur d'un capital mobilier ou immobilier spécifique — actions de S.I.C.A.V. ou parts de sociétés civiles immobilières — supposée s'accroître plus vite que ne se déprécie la valeur de la monnaie. Les dispositions de l'ordonnance du 30 décembre 1958, complétées par l'ordonnance du 5 février 1959, prohibant l'utilisation d'indices généraux dans les clauses d'indexation pouvant freiner l'expansion des assurances sur la vie, même si les majorations légales des rentes (privées et) publiques — dont font partie celles versées par les compagnies d'assurances — telles qu'elles sont autorisées sur la base des lois du 4 mai 1958 et du 25 mars 1949, en atténuent les conséquences en ce qui concerne les crédits-rentiers.

Dans les **contrats en S.I.C.A.V.** (sociétés d'investissement à capital variable) autorisés par une circulaire du 4 décembre 1969, qui en fixe les caractères généraux et en subordonne la mise sur le marché à un agrément administratif, les sommes assurées sont libellées en « *unités de compte* », dites valeurs de référence, constituées d'une action ou d'un « panier » d'actions de S.I.C.A.V.

A l'échéance du contrat ou en cas de rachat, le versement du capital peut être effectué, *soit par la remise au bénéficiaire du nombre de titres résultant du contrat, soit par le paiement de leur contrevaletur en francs*, sur la base de la valeur de rachat de l'action S.I.C.A.V. au jour de l'échéance ou du rachat, l'assureur pouvant imposer le paiement en « nature » par la remise des titres. Le montant de la prime en francs peut être fixé et servir à acheter plus ou moins d'unités de

référence suivant les variations de celles-ci ou variable en fonction de ces variations, l'assuré pouvant alors refuser son augmentation, en cas de hausse des cours, moyennant une diminution de la garantie. Les provisions mathématiques calculées sur la base de la valeur de référence doivent être représentées à l'actif du bilan par les titres correspondants dans les proportions fixées par celle-ci. Par souci de sécurité, il est prévu que les provisions mathématiques accumulées au titre de ce type de contrat ne peuvent dépasser 20 % de l'ensemble des engagements de la société d'assurance. Certains contrats comportent, moyennant le versement d'une surprime de 20 % environ, une garantie minimale en francs, dans les conditions déterminées par une circulaire du 15 janvier 1971.

Les contrats d'assurance sur la vie à capital immobilier dits « contrats A.C.A.V.I. », qui ont été autorisés, sous réserve d'agrément par l'administration par une circulaire du 30 mai 1973, sont définis par rapport à un patrimoine immobilier déterminé sur la valeur duquel est indexé le capital garanti. Tout comme dans les contrats S.I.C.A.V., les formules proposées peuvent comporter des clauses de garantie en francs ou prévoir qu'en cas de hausse excessive du patrimoine, et donc des primes, la revalorisation du capital garanti peut être refusée ou limitée.

Les deux catégories de contrats d'assurances à capital variable sont étroitement surveillées par la Direction des assurances, notamment du point de vue de la publicité qui doit bien attirer l'attention du souscripteur sur le caractère variable du capital garanti et, donc, sur les risques que comportent ces types de contrat.

Les tableaux ci-après montrent que ceux-ci se développent plus rapidement que les contrats traditionnels, l'essentiel des souscriptions portant, selon certains sondages, sur les contrats A.C.A.V.I. Un tableau, placé en annexe, retrace l'évolution de la valeur des parts ou des actions constituant la valeur de référence pour les contrats les plus importants.

SOCIÉTÉS ADHÉRENTES A LA RÉUNION-VIE

Primes émises - Grande branche.

(En millions de francs.)

	A capital variable			Classique			Total	
	Montant	Pourcentage augm. (1)	Pourcentage grande branche (2)	Montant	Pourcentage augm. (1)	Pourcentage grande branche (2)	Montant	Pourcentage augm. (1)
1972	30	—	1	2.388	—	99	2.418	—
1973	54	80	2	2.743	15	98	2.797	15
1974	80	48	3	3.122	14	97	3.202	14
1975	130	63	4	3.516	13	96	3.646	14
1976	263	102	6	3.986	13	94	4.249	16
1977	439	67	9	4.371	10	91	4.810	13

(1) Pourcentage d'augmentation de l'année n par rapport à l'année n - 1.

(2) Poids en pourcentage des opérations par rapport à l'ensemble de la Grande branche.

N.B. — Les primes émises en 1978 ne sont pas encore connues. Leur augmentation sera très sensible en ce qui concerne les opérations « à capital variable ». Leur pourcentage par rapport à l'ensemble des opérations Grande branche dépassera certainement 11 % en 1978 (contre 9 % en 1977).

L'objet du projet de loi est de donner une base légale à une pratique qui s'était développée avec l'accord de l'administration mais certainement en marge des dispositions littérales du Code des assurances qui définissaient bien les assurances de personnes par la fixité du capital garanti.

- Permettre la subrogation dans les assurances maladie et accident.

Dans le droit actuel, la distinction tranchée faite entre assurances de dommages et assurances de personne, fondée sur l'opposition de principe entre les prestations à caractère indemnitaire et à caractère forfaitaire résultant du contrat, a notamment des conséquences importantes lorsqu'un tiers est responsable du fait générateur de l'obligation de l'assureur : contrairement au bénéficiaire d'une assurance de dommage, celui d'une assurance de personne, vie ou accident, peut cumuler le capital et la rente prévus au contrat avec la réparation due par l'auteur du dommage.

Dans l'assurance de dommage, on a considéré que si l'existence d'un tiers responsable ne dispensait pas l'assureur d'exécuter le con-

trat et donc d'indemniser la victime, il fallait lui permettre de pouvoir agir en justice contre le tiers responsable afin d'une part que celui-ci supporte les conséquences du sinistre dont il est la cause et, d'autre part, que la victime ne puisse cumuler deux indemnités pour un même dommage.

SINISTRES RESPONSABILITÉ CIVILE AUTOMOBILE (4 ROUES)

Répartition en pourcentage selon les responsabilités.

(En pourcentage.)

	Sinistres corporels	Sinistres matériels	Sinistres corporels + Sinistres matériels
Responsables totalement	55	46	48
Non responsables	31	46	44
Partages de responsabilité	14	8	8
	100	100	100

Telles sont les raisons qui ont conduit le législateur à rendre obligatoire par l'article 36 de la loi de 1930, devenue l'article L. 121-12 du Code des assurances, la subrogation de l'assureur en matière d'assurances de dommages, c'est-à-dire sa substitution dans les droits à indemnité de la victime contre le tiers responsable à concurrence des sommes mises à sa charge en vertu du contrat.

Il est apparu souhaitable d'assouplir cette différence de régime en rendant possible la subrogation de l'assureur dans les droits de la victime pour les assurances maladie et accident corporel, afin que, notamment dans l'assurance-automobile, des contrats de personnes puissent être conclus à un moindre coût pour l'assuré.

En effet, dans l'assurance-automobile le conducteur et sa famille ne sont couverts, à défaut d'assurance personnelle, que dans le cas où un tiers est à l'origine de l'accident et seulement dans la limite de l'indemnité mise à sa charge, ce qui peut ne pas couvrir l'intégralité du préjudice quand il y a partage des responsabilités.

Les contrats de personne types famille-passagers étant très coûteux dès que les sommes garanties sont importantes, des contrats intermédiaires ont déjà été proposés par certaines sociétés (Groupe Drouot, A.G.F., G.M.F. ...) et acceptés par la direction des assurances « en anticipation » de la loi, qui sous le couvert de la technique d'avance sur recours, introduisaient déjà en fait un droit de subrogation au profit de l'assureur.

Le principe de ces contrats est le suivant :

— en cas de responsabilité totale du conducteur, les indemnités prévues au contrat sont versées ;

— en cas de partage des responsabilités, l'assuré ne reçoit d'indemnités qu'en complément de celles qu'il obtient du tiers responsable ;

— rien n'est versé en revanche en l'absence de responsabilité de l'assuré, celui-ci étant alors indemnisé par l'assureur du tiers responsable.

En pratique, les assureurs versent à l'assuré une avance sur recours qui s'impute sur les indemnités obtenues. Il n'y a donc ni fixation *a priori*, ni cumul de celui-ci avec la réparation, comme dans les contrats classiques. Le projet de loi devrait *légaliser* une formule dont l'extension paraît avantageuse pour les assurés.

● **Accorder une faculté de renonciation aux souscripteurs d'assurances sur la vie.**

Une des ambitions du projet est d'améliorer la protection et l'information du consommateur dans un domaine particulièrement technique, tirant ainsi les conséquences d'une déclaration commune professionnels-consommateurs — en date du 24 février 1977 — résultant d'une concertation menée sous l'égide de l'Institut national de la consommation. C'est ainsi que, outre diverses mesures destinées à faciliter la lecture du contrat par l'assuré, le texte instaure une **faculté de renonciation** au profit du souscripteur d'une assurance-vie dans un délai d'un mois à compter du premier versement prévu au contrat.

En cas de renonciation, les sommes versées sont restituées dans leur intégralité, sauf si l'assuré avait bénéficié d'une garantie décès pendant ce temps, un douzième de la prime annuelle demeurant alors acquis à l'assureur.

Une telle disposition fait suite à diverses dispositions du même ordre existant en matière de crédit à la consommation ou pour le démarchage financier : l'article 31 de la loi du 3 janvier 1972, relative au démarchage financier, devenu l'article L. 150-1 du Code des assurances, avait notamment instauré une faculté analogue pour les contrats de capitalisation dans le délai plus bref de quinze jours. A noter que ce dispositif déjà favorable n'est cependant considéré que comme un compromis provisoire pour les consommateurs qui auraient souhaité en outre que la loi sur le démarchage du 22 décembre 1972 soit tout simplement rendue applicable en matière d'assurances.

Tels sont les trois objectifs majeurs d'un projet qui compte bien d'autres dispositions d'ordre technique de moindre importance, sur lesquels votre Commission voudrait maintenant faire quelques observations et propositions dans la limite de sa compétence économique.

III. — PROPOSITIONS DE LA COMMISSION

Les modifications que votre Commission vous propose d'apporter au texte ont essentiellement quatre objets :

- prévoir une garantie minimale en francs pour les risques décès-accident dans les contrats à capital variable ;
- faire de la subrogation le droit commun en matière d'assurances accident-maladie en favorisant la concurrence ;
- garantir les droits du souscripteur défaillant de bonne foi ;
- informer et protéger le souscripteur à la signature et pendant l'exécution du contrat.

- **Prévoir une garantie minimale en francs pour les risques décès-accident dans les contrats à capital variable.**

Soucieuse des intérêts de l'épargnant comme de ceux de l'assuré, votre Commission ne veut pas légaliser la pratique des assurances S.I.C.A.V. et A.C.A.V.I. sans précautions. S'il lui a paru **acceptable que le souscripteur-épargnant tente sa chance** — et malgré son scepticisme sur l'évolution à long terme des cours de la Bourse ou des valeurs immobilières —, votre Commission a considéré qu'il était **anormal que le souscripteur-assuré prenne des risques**, alors que des intérêts vitaux sont en jeu. Aussi vous propose-t-elle à cet article, outre une nouvelle rédaction clarifiant la nature économique de ce type de contrat en introduisant la notion d'unité de compte, de **prévoir une somme fixe en francs en cas de décès ou d'invalidité** pour les cinq premières années du contrat. Le montant en a été fixé pour plus de commodité à celui qui serait perçu si l'assuré décédait au jour de la prise d'effet du contrat, c'est-à-dire celui calculé à partir de la valeur de l'unité de compte à la date d'effet du contrat.

- **Faire de la subrogation le droit commun en matière d'assurance-accident en favorisant la concurrence.**

Reprenant les deux objectifs de la réforme, votre Commission vous propose d'infléchir encore le texte dans leur sens aussi bien en ce qui concerne *l'intérêt de l'assuré* que *l'égalisation de la concurrence* entre les sociétés d'assurance.

Votre Commission craint d'abord que la formule proposée par le Gouvernement ne conduise les souscripteurs à signer des clauses particulières de subrogation simplement parce que le contrat est moins cher sans prendre conscience des conséquences de cet engagement : ceci peut entraîner des déconvenues préjudiciables à l'image de la profession dans le public quand, à l'occasion d'un sinistre, les assurés se sentent frustrés des indemnités auxquelles ils croyaient avoir droit, d'autant plus qu'il pourrait se produire pour le même sinistre des inégalités choquantes entre les assurés.

Votre Commission souhaite lever toute ambiguïté en faisant de la **clause de subrogation le droit commun** des contrats, la non-subrogation faisant l'objet de conventions particulières et d'un supplément dont on suppose que la nécessité sera pleinement ressentie par le souscripteur.

En ce qui concerne la concurrence entre les circuits de l'assurance du point de vue de la nature et de l'étendue des recours, votre Commission a préféré **permettre aux entreprises d'assurances de prétendre comme les mutuelles à la subrogation sur l'ensemble de l'indemnité**, y compris le préjudice de caractère personnel, et non sur la part correspondant au préjudice physique comme pour les organismes de sécurité sociale, quitte à reconnaître sans ambiguïté un caractère prioritaire aux *droits propres* de ces derniers.

- **Garantir les droits de l'assuré défaillant de bonne foi.**

Votre Commission, craignant que la procédure prévue par le projet ne nuise dans certaines circonstances — voyages, changement d'adresse, homonymie, perturbation dans le fonctionnement du service des postes, etc. — aux intérêts du souscripteur de bonne foi, vous propose d'une part d'assortir la lettre recommandée d'un **accusé de réception**, d'autre part de permettre, comme cela se pratique dans certains pays étrangers, à l'assureur d'avancer la prime, moyennant la **réduction des garanties** dans les conditions prévues au contrat.

- **Informé et protéger le souscripteur à la signature et pendant l'exécution du contrat.**

Dans ce but, votre Commission souhaite que soit développée et rendue plus systématique l'information du souscripteur pendant l'exécution du contrat. Aussi vous demande-t-elle de prévoir que l'assureur doit **communiquer à chaque échéance de la prime la valeur de réduction et de rachat**, cette obligation n'entrant en vigueur que *deux ans* après la promulgation de la présente loi pour laisser aux entreprises le

temps d'adapter leurs programmes informatiques. Toutefois, l'obligation de communication sur la demande du souscripteur, qui est prévue par le projet, ne vaut que pour une seule demande par an.

Par ailleurs, votre Commission vous demande de compléter le **délai de renonciation** instauré par le projet en matière d'assurance-vie, par un **délai de réflexion en cas de démarchage à domicile** pour l'ensemble des assurances de personnes, même si elle ne méconnaît pas l'effort déjà effectué par la profession ainsi que les problèmes que cela peut poser pour certains produits comme les assurances populaires.

A noter que, afin d'éviter que les garanties étendues qu'elle vous propose de donner aux souscripteurs ne soient systématiquement utilisées par des personnes de peu de scrupules, elle a prévu que les sommes conservées par l'assureur en cas de garantie-décès valable pour la période de renonciation seront fixées non au douzième de la prime, mais en fonction d'un tarif déterminé par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national des assurances et du Conseil national de la consommation qui, selon elle, devrait tenir compte du prix beaucoup plus élevé des assurances temporaires.

IV. — EXAMEN DES ARTICLES

Article premier.

Nature des prestations garanties.

Texte en vigueur

(Code des assurances.)

Art. L. 131-1. — En matière d'assurance sur la vie et d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par le contrat.

Texte du projet de loi

TITRE PREMIER DISPOSITIONS RELATIVES AUX ASSURANCES DE PERSONNES

L'article L. 131-1 du Code des assurances est complété par les dispositions suivantes :

« Ces sommes sont libellées en francs. Toutefois, après accord de l'autorité administrative, elles peuvent être exprimées en actions de sociétés d'investissement à capital variable ou en valeurs mobilières ou titres d'épargne figurant sur une liste dressée par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Conseil national des assurances. »

Propositions de la Commission

TITRE PREMIER DISPOSITIONS RELATIVES AUX ASSURANCES DE PERSONNES

(Alinéa sans modification.)

« Ces sommes sont libellées en francs. Après accord de l'autorité administrative, elles peuvent être exprimées en unités de compte constituées soit d'actions de S.I.C.A.V., soit de valeurs mobilières ou d'actifs figurant sur une liste dressée par décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil national des assurances et du Conseil national de la consommation. Le montant en francs des sommes versées par l'assureur lors de la réalisation d'un risque garanti au cours des cinq premières années du contrat, ne peut toutefois être inférieur à celui calculé à partir de la valeur de l'unité de compte à la date d'effet du contrat. »

Observations de la Commission. — Cet article modifie l'article L. 131-1 du Code des assurances, ancien article 54 de la loi du 13 juillet 1930, qui dispose qu'en matière d'assurance-vie ou d'assurance-accidents, les sommes assurées sont fixées par le contrat, faisant ainsi du caractère forfaitaire des obligations de l'assureur le critère fondamental des assurances de personnes.

Ainsi qu'il a été dit dans l'exposé général, la recherche de nouvelles formules destinées à attirer l'épargnant vers l'assurance-vie alors que l'accélération de l'inflation réduisait l'intérêt des formules traditionnelles a conduit les compagnies d'assurances à proposer de gager le capital souscrit sur des valeurs mobilières ou des parts de

sociétés immobilières présentées comme des valeurs refuges ou même comme susceptibles d'accroître le capital assuré par suite de la hausse des cours de la Bourse ou des prix de l'immobilier.

Ces types de contrats, assurances S.I.C.A.V. ou A.C.A.V.I. (assurance à capital variable immobilier), ont été autorisés respectivement par deux circulaires du 4 décembre 1969 et du 30 mai 1973, bien que la lettre de l'article L. 131-1 définisse justement les assurances de personnes par la fixation du montant des sommes assurées.

Légalisant cette pratique, l'article premier du projet propose d'ajouter à l'article L. 131-1 un alinéa nouveau prévoyant que les sommes garanties sont libellées en francs, mais qu'après accord de l'autorité administrative, c'est-à-dire de la Direction des assurances, elles peuvent être exprimées en actions de S.I.C.A.V. ou en valeurs mobilières ou immobilières figurant sur une liste dressée par décret en Conseil d'Etat.

Votre Commission, sans s'attarder sur les questions de forme et notamment sur la valeur juridique incertaine de la notion de « titre d'épargne », tient cependant à souligner que *l'expression « exprimées en... » est particulièrement ambiguë* : il est difficile de savoir si cela veut dire « exprimées par référence » et il s'agit alors d'une simple indexation du capital garanti sur la valeur d'un patrimoine mobilier ou immobilier, ou « définies en », ce qui signifie que le capital est livré en nature et fait l'objet d'un véritable droit de propriété. Sans doute s'agit-il d'une distinction plus théorique que pratique même si elle conditionne les droits du souscripteur sur le capital gageant le contrat d'assurance. De ce point de vue, *l'assurance-pierre procède de l'indexation*, puisque le capital est versé en francs et non sous forme de parts de sociétés immobilières.

Votre Commission vous propose une nouvelle rédaction du deuxième alinéa de cet article clarifiant la nature de ce type de contrat en faisant référence à la notion d'*unité de compte* et en substituant à l'expression floue de titre d'épargne celle plus extensive mais aussi plus précise d'*actifs*.

Pour les raisons générales déjà évoquées, votre Commission estime que, aussi séduisantes soient-elles, **ces formules font prendre des risques dans un domaine où les préoccupations de sécurité sont fondamentales**, ce qui est en contradiction avec le principe même de l'assurance.

En outre, l'évolution des cours de la *Bourse* depuis près de vingt ans démontre que les *gains en capital sont très aléatoires*, même si les recherches du Rapporteur lui ont permis de constater que la plupart des S.I.C.A.V. constituaient pour la période en cours un placement couvrant le capital de l'épargnant.

En ce qui concerne l'assurance-pierre, votre Commission ne saurait trop souligner la *fragilité de la tendance à la hausse des valeurs*

immobilières, dans la mesure où, au niveau de prix actuel, le ralentissement de la démographie à long terme et l'essoufflement de l'activité économique à plus court terme créent des risques de stagnation, voire de baisse en francs constants. De plus, il faut remarquer que ces contrats ont l'inconvénient d'évoluer sur la base d'indices estimés par expertise qui, quelles que soient les précautions prises, et notamment l'intervention du Crédit foncier, ont un caractère moins objectif que les cours du marché.

D'une façon générale, on peut se demander surtout pour les assurances S.I.C.A.V. ce que vaudra le capital sur lequel elles sont fondées dans vingt ans ou trente ans, terme normal d'une assurance sur la vie.

Après avoir envisagé de rendre obligatoire la garantie en francs, conservant ainsi aux contrats leur finalité première qui est non de faire prendre des risques, mais d'offrir la sécurité, votre Commission se contente de vous proposer d'obliger les contrats à prévoir une **somme fixe en francs en cas de décès pour les premières années du contrat** — cinq ans ayant paru raisonnable — afin qu'au cours de cette période, la réalisation du risque décès soit couverte par un capital déterminé en francs. Le montant en a été fixé pour plus de commodité à celui qui serait perçu si l'assuré décédait au jour de la prise d'effet du contrat.

Tel est l'objet des **amendements** que vous propose votre Commission et sous la réserve desquels elle vous demande d'adopter cet article.

Art. 2.

Subrogation de l'assureur.

Texte en vigueur

(Code des assurances.)

Texte du projet de loi

L'article L. 131-2 du Code des assurances est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 131-2. — Dans l'assurance sur la vie, l'assureur ne peut en aucun cas être subrogé aux droits du contractant ou des bénéficiaires contre des tiers à raison du sinistre.

« Dans les autres assurances de personnes et sans qu'il soit porté atteinte aux droits de recours reconnus par la loi contre les tiers responsables, la subrogation de l'assureur est possible dans les droits du contractant ou des bénéficiaires contre ces tiers à raison du sinistre.

Propositions de la Commission

(Alinéa sans modification.)

« Art. L. 131-2. — Dans l'assurance sur la vie...

... subrogé dans les droits du contractant ou des...

... sinistre.

« Dans les autres assurances de personnes, l'assureur est, sauf convention contraire, subrogé dans les droits du contractant ou des bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre, en ce qui concerne l'ensemble de l'indemnité mise à la charge de ces derniers.

Art. L. 131-2. — Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Dans ce cas, l'assureur est admis à poursuivre le remboursement des prestations qu'il a fournies à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime, à l'exclusion de la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales par elle endurées et au préjudice esthétique et d'agrément. De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise et ne peut donner lieu à subrogation.

« Lorsque plusieurs assurances comportant une clause de subrogation sont contractées sur la tête d'une même personne, chaque assureur exerce son droit de recours dans le rapport du montant des prestations qu'il a fournies au montant total des prestations servies par l'ensemble des assureurs.

« Si le contrat contient une clause de subrogation, la prime est réduite par rapport à celle résultant du tarif appliqué dans le cas contraire. Le contrat doit indiquer clairement, en caractères très apparents, à côté de la prime effectivement prévue, le montant de la prime qui serait demandée s'il n'y avait pas cette clause. Celle-ci doit être présentée en caractères très apparents. »

« Lorsque plusieurs assurances comportant une clause de subrogation sont contractées sur la tête d'une même personne, chaque assureur exerce son droit de recours à proportion de sa part dans les prestations servies par l'ensemble des assureurs.

« Les droits du ou des assureurs subrogés s'exercent sous réserve de ceux des personnes autorisées par la loi à poursuivre le remboursement des prestations qu'elles sont tenues de servir en vertu d'une obligation légale dans les limites fixées aux articles L. 397 et L. 470 du Code de la sécurité sociale. »

Alinéa supprimé.

Observations de la Commission. — Cet article modifie l'article L. 131-2 du Code des assurances pour permettre la *subrogation de l'assureur dans les droits de l'assuré contre le tiers responsable* du sinistre en ce qui concerne les assurances maladie et accident.

L'article L. 131-2 actuel édicte l'interdiction générale des clauses de subrogation dans les assurances de personnes, conséquence logique du caractère forfaitaire de ce type de contrat.

Maintenant cette interdiction pour les assurances sur la vie, le projet de loi tend à la lever dans certains contrats de personnes

comme l'assurance automobile, pour les raisons qui ont été développées dans l'exposé général. L'assureur serait admis à faire valoir ses droits à remboursement à concurrence de la seule indemnité mise à la charge du tiers au titre du *préjudice physique*, c'est-à-dire dans les mêmes limites que celles imposées aux organismes de sécurité sociale par la loi du 27 décembre 1973 qui exclut de la subrogation légale la part d'indemnité correspondant aux souffrances physiques ou morales ainsi qu'au préjudice esthétique ou d'agrément. Il est prévu en outre qu'en cas de pluralité d'assureurs ceux-ci sont remboursés en proportion des prestations fournies.

Enfin, il est précisé que la prime est *réduite* par rapport à celle qui serait demandée en l'absence de subrogation. De plus, le contrat doit mentionner à côté de la prime effectivement payée celle qui aurait été demandée sans subrogation afin que le souscripteur puisse choisir en connaissance de cause et que le jeu de la concurrence puisse s'exercer plus efficacement pour faire baisser les prix.

Commentant cette réforme, l'exposé des motifs affirme qu'elle comporte non seulement l'avantage de *diminuer le coût de l'assurance* pour le souscripteur mais encore celui de rétablir les *conditions d'une véritable concurrence* entre les entreprises d'assurances et les caisses autonomes mutualistes qui ont déjà la faculté de recourir à la subrogation. C'est sur ces deux points que vont porter les observations et les propositions de votre Commission.

En ce qui concerne l'introduction des clauses de subrogation, celle-ci craint que la formule proposée ne soit décevante dans la mesure où son caractère d'exception nuirait à la transparence du marché malgré l'obligation, peut-être difficilement applicable, de mention du double prix. En outre, *il est peu probable que tous les assurés comprennent bien la portée de la subrogation*, ce qui peut conduire certains d'entre eux à des déconvenues irritantes quand les compagnies se rembourseront sur les indemnités auxquelles ils croiront avoir droit, d'autant plus qu'au hasard des contrats, il pourrait apparaître des inégalités choquantes entre assurés. Pour lever toute ambiguïté et rendre à l'assurance de personnes son caractère de prévoyance consciente, votre Commission a préféré faire de la **subrogation le droit commun** autorisant l'exclusion de la subrogation par arrangement particulier, dont la portée sera nécessairement comprise de l'assuré, ne serait-ce que parce que cette garantie, indépendante de toutes questions de responsabilité, lui sera fait payer en supplément.

Sur le plan de la concurrence entre les circuits de distribution de l'assurance-vie, la prétention du Gouvernement paraît excessive, les caisses autonomes mutualistes pouvant être subrogées sur l'ensemble de l'indemnité, y compris le pretium doloris et le préjudice esthétique ou d'agrément.

Pour éliminer une discrimination qui n'a pas paru normale à votre Commission, deux voies étaient possibles : soit aligner, c'est-à-dire restreindre, l'assiette du recours des caisses mutuelles sur le régime juridique des organismes de sécurité sociale, ce que fait le projet pour le recours subrogatoire des entreprises d'assurances ; soit, au contraire, aligner les droits de ces dernières sur ceux des caisses mutuelles, quitte à créer ou confirmer une situation privilégiée aux organismes de sécurité sociale — mutualité sociale agricole comprise —, leur permettant d'être payés en priorité sur la fraction d'indemnité de caractère non personnel à laquelle ils peuvent seulement avoir droit par suite des modifications apportées par la loi du 27 décembre 1973 aux articles L. 397 et L. 470 du Code de la sécurité sociale.

Réservant sa position sur cette dernière question, étant donné sa complexité, jusqu'à ce qu'elle ait obtenu les renseignements complémentaires sur la portée des **doits propres** qui sont reconnus aux caisses de sécurité sociale par les articles précités du Code de la sécurité sociale, votre Commission vous propose toutefois d'explicitier la formule du projet « sans qu'il soit porté atteinte aux droits de recours reconnus par la loi » en disposant que les droits de recours que confère le contrat d'assurance aux assureurs ne font pas d'obstacle aux droits des personnes admises à poursuivre de *plein droit* le remboursement des prestations qu'elles sont tenues de servir en vertu d'une obligation *légitime* — non seulement les organismes de sécurité sociale, mais aussi l'Etat et les caisses de retraite en tant qu'elles servent des prestations obligatoires — dans la limite d'assiette prévue par les articles L. 397 et L. 470 du Code de la sécurité sociale.

Tels sont les objets de la nouvelle rédaction que vous propose votre Commission par cet **amendement** et sous la réserve duquel elle vous demande d'adopter cet article.

Art. 13.

Défaut de paiement de la prime.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
(Code des assurances.)	L'article L. 132-20 du Code des assurances est remplacé par les dispositions suivantes :	(Alinéa sans modification.)
<i>Art. L. 132-20.</i> — L'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes.	« <i>Art. L. 132-20.</i> — L'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes.	(Alinéa sans modification.)
Le défaut de paiement d'une prime n'a pour sanction, après accomplissement des formalités prescrites par l'article	« Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur adresse au	« Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur peut adresser

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

L. 113-3, que la résiliation pure et simple de l'assurance ou la réduction de ses effets.

Dans les contrats d'assurance en cas de décès faits pour la durée entière de la vie de l'assuré, sans condition de survie, et dans tous les contrats où les sommes ou rentes assurées sont payables après un certain nombre d'années, le défaut de paiement ne peut avoir pour effet que la réduction du capital ou de la rente assurée, nonobstant toute convention contraire, pourvu qu'il ait été payé au moins trois primes annuelles.

contractant une lettre recommandée par laquelle il l'informe que ce défaut de paiement peut entraîner la résiliation de l'assurance ou la réduction de ses effets. La réception de cette lettre rend la prime portable dans tous les cas.

« La résiliation ou la réduction intervient de plein droit et sans autre avis de l'assureur quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée, à moins que n'aient été auparavant versées à l'assureur ou au mandataire désigné par lui la prime ou fraction de prime, ainsi qu'éventuellement les primes venues à échéance avant l'expiration du délai de quarante jours précité.

« Les dispositions du présent article sont applicables à tous les contrats, quelle qu'en soit la date de souscription. »

au contractant une lettre recommandée avec accusé de réception par laquelle il l'informe que ce défaut de paiement risque d'entraîner la résiliation...

... de ses effets, dans les conditions prévues à l'alinéa suivant. La réception...

... cas.

« La résiliation...

... après la réception de la lettre...
... à moins que les primes ou fractions de primes exigibles avant la date d'expiration du délai de quarante jours ci-dessus n'aient été versées à l'assureur ou au mandataire désigné par lui ou avancées, à compter de cette date, dans les conditions prévues par le contrat en application du troisième alinéa de l'article L. 132-22.

(Alinéa supprimé.)

Art. 13 bis (nouveau).

Les dispositions de l'article 13 ci-dessus sont applicables aux contrats en cours à la date de publication de la présente loi.

Observations de la Commission. — Cet article modifie l'article L. 132-20 afin de clarifier la situation juridique du souscripteur qui omet de payer ses primes en matière d'assurances de personnes.

Le régime actuel est en effet ambigu et inadapté. D'une part, tandis que l'alinéa premier de l'article L. 132-20 pose le principe classique selon lequel pour ce type d'assurances et notamment pour l'assurance-vie, l'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes, le second alinéa de l'article renvoyait à la procédure générale de l'article L. 113-3 comportant une mise en demeure, expression ne traduisant pas le caractère facultatif des obligations de l'assuré. D'autre part, cette procédure, qui prévoit que l'assuré défaillant est encore garanti un mois à compter de l'échéance de la prime impayée, empêche cependant l'assureur de résilier le contrat moins de dix jours après l'expiration du délai d'un mois ci-dessus, ce qui crée, pendant cette espèce de délai de grâce, une incertitude sur les droits de l'assuré.

La nouvelle procédure applicable aux contrats en cours est spécifique à l'assurance de personnes — l'article L. 113-3 est donc modifié en conséquence. Elle dispose que dans les dix jours de l'échéance de la prime impayée, l'assureur envoie à l'assuré défaillant une lettre recommandée pour l'informer que le défaut de paiement peut entraîner la résiliation ou la résolution du contrat. Celle-ci intervient de plein droit sans autre avis de l'assureur, sauf si l'assuré régularise sa situation.

Votre Commission a trouvé ce système bien rigide et bien rigoureux, notamment pour les assurés négligents mais de bonne foi dans la mesure où la lettre recommandée est sans accusé de réception, ce qui, compte tenu d'un changement d'adresse, d'un déplacement de longue durée toujours possible, voire d'un mauvais fonctionnement du service des postes, peut se révéler pénalisant pour eux.

Aussi votre Commission vous propose-t-elle, d'une part, d'asortir la lettre recommandée d'un *accusé de réception* et de faire partir le délai de quarante jours de la date de réception de la lettre recommandée, d'autre part, de rendre possible un système pratiqué à l'étranger qui permet à l'assureur *d'avancer, moyennant intérêt, la prime impayée*, lorsqu'il existe une provision mathématique, au titre du contrat, quitte à réduire les garanties dans les conditions prévues au contrat. Un tel régime est bien sûr *exclu pour les assurances temporaires décès* pour lesquelles il n'y a pas constitution de provision mathématique au profit de l'assuré ni valeur de rachat et possibilité d'avance sur police.

Telles sont les raisons d'un premier amendement que votre Commission vous demande d'adopter. Elle vous propose aussi de supprimer le dernier alinéa de cet article pour le rétablir par un *article additionnel* dans une nouvelle rédaction explicitant sa portée réelle : rendre les dispositions de l'article 13 applicables aux contrats en cours.

Sous la réserve des amendements qu'elle vous propose, votre Commission vous demande d'adopter cet article.

Art. 14, 15 et 15 bis.

Rachat et réduction du contrat.

Texte en vigueur

(Code des assurances.)

Art. L. 132-21. — Les conditions de la réduction doivent être indiquées dans la police de manière que l'assuré puisse à toute époque connaître la somme à laquelle l'assurance est réduite en cas de cessation du paiement des primes.

L'assurance réduite ne peut être inférieure à celle que l'assuré obtiendrait en appliquant comme prime unique à la souscription d'une assurance de même nature, et conformément aux tarifs d'inventaire en vigueur lors de l'assurance primitive, une somme égale à la provision mathématique de son contrat à la date de la résiliation, cette provision étant diminuée de 1 % au plus de la somme primitivement assurée.

Quand l'assurance a été souscrite pour partie moyennant le paiement d'une prime unique, la partie de l'assurance qui correspond à cette prime demeure en vigueur, nonobstant le défaut de paiement des primes périodiques.

Art. L. 132-22. — Sauf dans le cas de force majeure constaté par décret rendu sur le rapport du ministre de l'Economie et des Finances, le rachat, sur la demande de l'assuré, est obligatoire.

Des avances peuvent être faites par l'assureur à l'assuré.

Le prix du rachat, le nombre de primes à payer avant que le rachat ou les avances puissent être demandés, doivent

Texte du projet de loi

Art. 14.

L'article L. 132-21 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 132-21. — Les modalités de calcul de la valeur de réduction sont déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur après accord de l'autorité administrative.

« A toute époque, l'assureur doit communiquer au contractant, sur demande de celui-ci, le montant de la valeur de réduction du contrat. Le texte du règlement général lui est communiqué sur sa demande. Ces obligations doivent être mentionnées dans la police. »

Art. 15.

L'article L. 132-22 du Code des assurances est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 132-22. — Les modalités de calcul de la valeur de rachat sont déterminées par un règlement général mentionné dans la police et établi par l'assureur après avis de l'autorité administrative.

« A toute époque, l'assureur doit communiquer au contractant, sur demande de celui-ci, le montant de la valeur de rachat. Le texte du règlement général lui est communiqué sur sa demande. Ces

Propositions de la Commission

Art. 14.

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

« L'assureur doit communiquer au contractant, sur demande de celui-ci, le texte du règlement général ainsi que le montant de la valeur de réduction du contrat :

1° à l'échéance de la prime ;

2° dans un délai d'un mois à compter de la demande, une fois par an au plus.

« Ces obligations doivent être mentionnées dans la police. »

Art. 15.

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

« L'assureur doit communiquer au contractant, sur demande de celui-ci, le texte du règlement général ainsi que le montant de la valeur de rachat du contrat .

Texte en vigueur

être déterminés par un règlement général de l'assureur, pris sur avis du ministre de l'Economie et des Finances.

Les dispositions du règlement général ne peuvent être modifiées par une convention particulière.

Les conditions de rachat doivent être indiquées dans la police, de manière que l'assuré puisse à toute époque connaître la somme à laquelle il a droit.

Texte du projet de loi

obligations doivent être mentionnées dans la police.

« Dans la limite de cette valeur, l'assureur peut consentir des avances au contractant.

« Sauf dans le cas de force majeure constaté par décret, l'assureur doit, à la demande du contractant, verser à celui-ci la valeur de rachat du contrat, dans un délai qui ne peut excéder deux mois. »

Propositions de la Commission

- « 1° à l'échéance de la prime ;
- « 2° dans un délai d'un mois à compter de la demande, une fois par an au plus.
- « Ces obligations doivent être mentionnées dans la police. »

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

Art. 15 bis (nouveau).

Les dispositions des paragraphes 1° des deuxièmes alinéas des articles L. 132-21 et L. 132-22 du Code des assurances entreront en vigueur dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi.

Observations de la Commission. — Les articles 14, 15 et 16 modifient les articles L. 132-22 et L. 132-23 du Code des assurances relatifs aux conditions de réduction et de rachat des contrats d'assurances de personnes.

On peut rappeler que :

● la réduction est la conséquence du défaut de paiement des primes lorsque le contrat comporte une provision mathématique et que trois primes annuelles au moins ont été payées ;

● le rachat est l'opération par laquelle, à la demande de l'assuré-souscripteur, l'assureur rachète la dette conditionnelle à terme qu'il a contracté par un remboursement qui met fin au contrat.

Dans leur nouvelle rédaction, les articles L. 132-21 et L. 132-22 n'imposent plus l'indication dans le contrat des modalités de calcul des valeurs de rachat ou de réduction qui sont fixées seulement dans le règlement général de l'assureur et soumises au visa de l'administration, ce qui a paru suffisant dans la mesure où par suite de leur extrême complexité elles n'étaient d'aucun intérêt pour l'assuré. En revanche, il a paru plus efficace de permettre à l'assuré d'obtenir à tout moment la communication de la valeur de la réduction ou de

rachat de son contrat. De plus, il est prévu que, sauf cas de force majeure, l'assureur doit, à la demande du contractant, verser à celui-ci la valeur de rachat de son contrat dans le délai de deux mois, alors qu'aucun délai n'est fixé dans le texte actuel.

Enfin, le nombre de primes devant avoir déjà été acquitté pour que le contrat puisse donner lieu à rachat ou réduction est limité à trois mois au maximum pour les deux opérations : si dans le régime actuel l'assureur ne peut refuser la réduction dès lors que trois primes ont été payées, la durée d'assurance permettant le rachat était déterminée par le règlement général de l'assureur, visé par l'administration.

Bien qu'approuvant dans l'ensemble ces modifications, votre Commission souhaite cependant systématiser les informations données à l'assuré sans toutefois permettre à celui-ci de perturber par des demandes trop fréquentes la bonne marche des entreprises. Elle vous propose en conséquence de prévoir que l'assureur doit communiquer à l'échéance et à la demande de l'assuré dans le délai d'un mois, une fois par an au plus, la valeur de rachat ou de réduction de la police, la première obligation ne devant entrer en vigueur que deux ans après la promulgation de la présente loi pour permettre aux sociétés d'assurances de modifier leurs programmes informatiques.

Tel est l'objet des amendements que votre Commission vous propose aux articles 14, 15 et 16 et sous la réserve desquels elle vous demande d'adopter ces articles.

Art. 20.

Délais de renonciation et de réflexion.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Propositions de la Commission
(Code des assurances.)	L'article L. 132-27 du Code des assurances est remplacé par les dispositions suivantes :	1. — L'article L. 132-27 du Code des assurances est supprimé.
<i>Art. L. 132-27.</i> — En cas de liquidation de biens ou de règlement judiciaire de l'assureur, la créance de chacun des bénéficiaires des contrats en cours est arrêtée, au jour du jugement de déclaration de liquidation de biens ou de règlement judiciaire, à une somme égale à la provision mathématique de chaque contrat, calculée sans aucune majoration sur les bases techniques du tarif des primes en vigueur lors de la conclusion du contrat.	« Art. L. 132-27. — Lorsqu'une personne a effectué un versement lors de la signature d'une proposition ou d'une police d'assurance souscrite sans proposition, elle peut renoncer à l'assurance pendant le délai de trente jours qui suit ce versement.	II. — Il est ajouté au Code des assurances les articles L. 131-4, L. 131-5, L. 131-6 et L. 131-7 ainsi rédigés :
	« La renonciation entraîne la restitution par l'assureur de l'intégralité des sommes qui lui ont été versées, dans un délai maximal de soixante jours à compter de ce versement.	« Art. L. 131-4. — Toute personne ayant accepté une proposition d'assurance ou souscrit une police d'assurance sans proposition, peut renoncer à l'assurance pendant un délai de trente jours à compter de la date d'effet du contrat.
		« En cas de renonciation, le contrat est résolu de plein droit sans indemnité. L'assureur ou l'intermédiaire doit alors

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Toutefois, si l'assureur garantit une prestation en cas de décès survenant au cours du délai de trente jours mentionné au premier alinéa, il conserve un douzième de la prime annuelle.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article. »

restituer l'intégralité des sommes qui lui ont été versées au titre dudit contrat, dans un délai de soixante jours à compter de la date d'effet du contrat.

« Toutefois, si le contrat garantit une prestation en cas de décès pendant le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article, l'assureur conserve une fraction de la prime annuelle calculée suivant un barème établi par décret pris après avis du Conseil national des assurances et du Conseil national de la consommation.

« Art. L. 131-5. — Le contrat conclu par une personne sollicitée, à son domicile, à sa résidence, à son lieu de travail ou dans un lieu privé ou public au cours de la visite qui lui est faite, ne peut prendre effet qu'à l'expiration d'un délai de sept jours à compter de l'acceptation de la proposition ou de la souscription de la police d'assurance pendant lequel nul ne peut recevoir, sous quelque forme que ce soit, de versement ni d'engagement de paiement se rapportant au contrat.

« A l'expiration du délai de réflexion mentionné à l'alinéa précédent, le contractant peut renoncer à l'assurance dans les trente jours à compter de l'acceptation de la proposition ou de la souscription de la police d'assurance. En cas de renonciation, l'assureur doit restituer les sommes qui lui ont été versées dans les conditions prévues à l'article L. 131-4.

« Art. L. 131-6. — Sont nulles et de nul effet les clauses par lesquelles une personne abandonne les droits qui lui sont reconnus par les articles L. 131-4 et L. 131-5.

« Art. L. 131-7. — L'assureur ou l'intermédiaire qui, en infraction aux dispositions de l'article L. 131-5, réclame ou reçoit, sous quelque forme que ce soit, un versement ou un engagement de paiement, sera puni d'une amende de 2.000 à 200.000 F.

« La même peine sera applicable à l'assureur ou à l'intermédiaire qui ne restitue pas les sommes versées dans les conditions prévues à l'article L. 131-4. »

Observations de la Commission. — Cet article substitue aux dispositions actuelles de l'article L. 132-27 du Code des assurances qui font double emploi avec celles de l'article L. 327-4 du même code pour introduire une *faculté de renonciation* pour le souscripteur d'un contrat d'assurance-vie à l'instar de ce qui est actuellement prévu en matière de contrats de capitalisation.

Le nouvel article L. 132-27 dispose que dans le délai d'un mois à compter du premier versement, le souscripteur peut renoncer à l'assurance sous réserve de payer un douzième de prime s'il était garanti en cas de décès pendant cette période. L'article précise en outre que l'assureur ou l'intermédiaire a soixante jours pour restituer les sommes perçues sous réserve de ce qui est retenu, le cas échéant, pour la couverture du risque décès. Cette disposition constitue la conséquence la plus importante dans ce projet du processus de concertation professionnels-consommateurs qui, sous l'impulsion de l'Institut national de la consommation, a abouti à un accord en date du 24 février 1977.

Il marque un effort très appréciable de la part de la profession des assureurs qui ont fait preuve par là de leur esprit d'ouverture. Toutefois, ce dispositif apparaît à votre Commission à la fois un peu laxiste et incomplet.

D'abord, sans s'attarder sur la longueur du délai, assez important surtout si on la compare à celle de quinze jours prévue en matière de contrats de capitalisation, on peut s'inquiéter d'un système qui permettrait à des personnes peu honnêtes d'obtenir des garanties temporaires décès souvent onéreuses au prix du douzième des primes annuelles. Ceci est, sans parler d'une possibilité d'antisélection des risques, assez choquant. Aussi votre Commission vous propose-t-elle de renvoyer à un décret le soin de fixer les tarifs applicables au souscripteur usant de sa faculté de renonciation, en fonction des tarifs pratiqués, notamment en matière d'assurances temporaires.

Ensuite, rien n'est prévu en ce qui concerne le démarchage qu'il convient d'envisager étant donné le nombre élevé de plaintes auquel il donne lieu *nuisant ainsi à l'image de marque* de l'ensemble de la profession. Sans doute l'application brutale de la loi du 22 décembre 1972 au secteur de l'assurance en entier créerait-elle des perturbations, mais, notamment dans le domaine de l'assurance populaire, il convient de favoriser une *adaptation des méthodes de vente*.

Telle est en effet la conséquence de l'amendement que vous propose votre Commission pour introduire un *délai de réflexion de sept jours à l'intérieur du délai de renonciation* d'un mois en cas de démarchage à domicile et qui lui paraît souhaitable même s'il rend plus difficile le placement de certaines assurances.

Sous réserve de cet amendement, votre Commission vous demande d'adopter cet article.



Sous réserve de ses observations et des amendements qu'elle vous propose, votre commission des Affaires économiques et du Plan donne un avis favorable à l'adoption de ce projet de loi.

V. — AMENDEMENTS PRÉSENTÉS PAR LA COMMISSION

Article premier.

Amendement : Rédiger comme suit le deuxième alinéa de cet article :

« Ces sommes sont libellées en francs. Après accord de l'autorité administrative, elles peuvent être exprimées en unités de compte constituées soit d'actions de S.I.C.A.V., soit de valeurs mobilières ou d'actifs figurant sur une liste dressée par décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil national des assurances et du Conseil national de la consommation. »

Amendement : Compléter *in fine* le texte du deuxième alinéa de cet article par la phrase suivante :

« Le montant en francs des sommes versées par l'assureur lors de la réalisation d'un risque garanti au cours des cinq premières années du contrat, ne peut toutefois être inférieur à celui calculé à partir de la valeur de l'unité de compte à la date d'effet du contrat. »

Art. 2.

Amendement : Rédiger comme suit le texte proposé pour l'article L. 131-2 du Code des assurances :

« Art. L. 131-2. — Dans l'assurance sur la vie, l'assureur ne peut, en aucun cas, être subrogé dans les droits du contractant ou des bénéficiaires contre des tiers à raison du sinistre.

« Dans les autres assurances de personnes, l'assureur est, sauf convention contraire, subrogé dans les droits du contractant ou des bénéficiaires contre les tiers responsables du sinistre, en ce qui concerne l'ensemble de l'indemnité mise à la charge de ces derniers.

« Lorsque plusieurs assurances comportant une clause de subrogation sont contractées sur la tête d'une même personne, chaque assureur exerce son droit de recours à proportion de sa part dans les prestations servies par l'ensemble des assureurs.

« Les droits du ou des assureurs subrogés s'exercent sous réserve de ceux des personnes autorisées par la loi à poursuivre le remboursement des prestations qu'elles sont tenues de servir en vertu d'une obligation légale dans les limites fixées aux articles L. 397 et L. 470 du Code de la sécurité sociale. »

Art. 13.

Amendement : Rédiger comme suit les premier, deuxième et troisième alinéas du texte proposé pour l'article L. 132-20 du Code des assurances.

« *Art. L. 132-20.* — L'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes.

« Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'assureur peut adresser au contractant une lettre recommandée avec accusé de réception par laquelle il l'informe que ce défaut de paiement risque d'entraîner la résiliation de l'assurance ou la réduction de ses effets dans les conditions prévues à l'alinéa suivant. La réception de cette lettre rend la prime portable dans tous les cas.

« La résiliation ou la réduction intervient de plein droit et sans autre avis de l'assureur quarante jours après la réception de la lettre recommandée, à moins que les primes ou fractions de primes exigibles avant la date d'expiration du délai de quarante jours ci-dessus n'aient été versées à l'assureur ou au mandataire désigné par lui ou avancées, à compter de cette date, dans les conditions prévues par le contrat en application du troisième alinéa de l'article L. 132-22. »

Amendement : I. — Supprimer le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 132-20 du Code des assurances.

II. — Après l'article 13, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Les dispositions de l'article 13 ci-dessus sont applicables aux contrats en cours à la date de publication de la présente loi.

Art. 14.

Amendement : Rédiger comme suit le dernier alinéa du texte proposé pour l'article L. 132-21 du Code des assurances :

« L'assureur doit communiquer au contractant, sur demande de celui-ci, le texte du règlement général ainsi que le montant de la valeur de réduction du contrat :

« 1° à l'échéance de la prime ;

« 2° dans un délai d'un mois à compter de la demande, une fois par an au plus.

« Ces obligations doivent être mentionnées dans la police. »

Art. 15.

Amendement : Rédiger comme suit le deuxième alinéa du texte proposé pour l'article L. 132-22 du Code des assurances :

« L'assureur doit communiquer au contractant, sur demande de celui-ci, le texte du règlement général ainsi que le montant de la valeur de rachat du contrat :

« 1° à l'échéance de la prime ;

« 2° dans un délai d'un mois à compter de la demande, une fois par an au plus.

« Ces obligations doivent être mentionnées dans la police. »

Article additionnel après l'article 15.

Amendement : Après l'article 15, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Les dispositions des paragraphes 1^{er} des deuxièmes alinéas des articles L. 132-21 et L. 132-22 du Code des assurances entreront en vigueur dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi.

Art. 20.

Amendement : Rédiger comme suit cet article :

I. — L'article L. 132-27 du Code des assurances est abrogé.

II. — Il est ajouté au Code des assurances les articles L. 131-4, L. 131-5, L. 131-6 et L. 131-7 ainsi rédigés :

« *Art. L. 131-4.* — Toute personne ayant accepté une proposition d'assurance ou souscrit une police d'assurance sans proposition, peut renoncer à l'assurance pendant un délai de trente jours à compter de la date d'effet du contrat.

« En cas de renonciation, le contrat est résolu de plein droit sans indemnité. L'assureur ou l'intermédiaire doit alors restituer l'intégralité des sommes qui lui ont été versées au titre dudit contrat, dans un délai de soixante jours à compter de la date d'effet du contrat.

« Toutefois, si le contrat garantit une prestation en cas de décès pendant le délai de trente jours mentionné au premier alinéa du présent article, l'assureur conserve une fraction de la prime annuelle calculée suivant un barème établi par décret pris après avis du Conseil national des assurances et du Conseil national de la consommation.

« *Art. L. 131-5.* — Le contrat conclu par une personne sollicitée, à son domicile, à sa résidence, à son lieu de travail ou dans un lieu privé ou public au cours de la visite qui lui est faite, ne peut prendre effet qu'à l'expiration d'un délai de sept jours à compter de l'acceptation de la proposition ou de la souscription de la police d'assurance, pendant lequel nul ne peut recevoir, sous quelque forme que ce soit, de versement ni d'engagement de paiement se rapportant au contrat.

« A l'expiration du délai de réflexion mentionné à l'alinéa précédent, le contractant peut renoncer à l'assurance dans les trente jours à compter de l'acceptation de la proposition ou de la souscription de la police d'assurance. En cas de renonciation, l'assureur doit restituer les sommes qui lui ont été versées dans les conditions prévues à l'article L. 131-4.

« *Art. L. 131-6.* — Sont nulles et de nul effet les clauses par lesquelles une personne abandonne les droits qui lui sont reconnus par les articles L. 131-4 et L. 131-5.

« *Art. L. 131-7.* — L'assureur ou l'intermédiaire qui, en infraction aux dispositions de l'article L. 131-5, réclame ou reçoit, sous quelque forme que ce soit, un versement ou un engagement de paiement, sera puni d'une amende de 2.000 à 200.000 F.

« La même peine sera applicable à l'assureur ou à l'intermédiaire qui ne restitue pas les sommes versées dans les conditions prévues à l'article L. 131-4. »

ANNEXES

ANNEXE 1

PROTOCOLE D'ACCORD ENTRE LES ORGANISATIONS DE CONSOMMATEURS, L'INSTITUT NATIONAL DE LA CONSOMMATION ET LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

Les Organisations de consommateurs et l'Institut national de la consommation (I.N.C.) d'une part, la Fédération française des sociétés d'assurances (F.F.S.A.) d'autre part, sont convenus de procéder à un examen approfondi de la situation des consommateurs en présence de l'assurance.

Dans une première étape, les représentants des consommateurs ont recherché avec les assureurs les mesures propres à garantir que la décision de souscrire un contrat d'assurance sur la vie soit prise en toute connaissance de cause.

Cette concertation a permis d'apporter des améliorations appréciables dans le service rendu aux consommateurs. Les deux délégations se sont mises d'accord sur les points suivants.

I. — INFORMATION DU SOUSCRIPTEUR

Dès lors que l'information est généralement donnée au souscripteur par le courtier, l'agent (ou tout autre représentant de la société d'assurance), il y aura lieu de la compléter par un document écrit qui devra expliquer de manière claire et simple les dispositions essentielles du contrat proposé :

- nature des garanties ;
- cotisation (ou prime) ;
- revalorisation, participation aux bénéfices ;
- conséquences de l'interruption du paiement des primes (résiliation, réduction, rachat).

II. — QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Avant la souscription du contrat d'assurance, le souscripteur, futur assuré, est invité à donner à un questionnaire médical des réponses dont dépendent les conditions de l'assurance ; il convient d'attirer l'attention du souscripteur sur l'importance de ses réponses : une mise en garde très apparente sera inscrite sur le questionnaire médical. Ce dernier comportera des questions simples, précises et explicites susceptibles de faire l'objet de réponses sans recours à ce stade à l'avis d'un médecin.

III. — DELAI DE RENONCIATION

Il importe que le souscripteur puisse disposer d'un temps suffisant, après son entretien avec le producteur, pour réfléchir aux explications qui lui ont été données, et pour examiner les documents qui lui ont été remis.

Cependant la garantie en cas de décès doit pouvoir être obtenue immédiatement.

S'il y a lieu simultanément signature par le souscripteur d'une proposition d'assurance, paiement d'une prime ou fraction de prime (ou cotisation), et délivrance par l'assureur ou son mandataire d'une garantie provisoire, le souscripteur pourra renoncer à l'assurance, pendant un mois à compter de la date de signature de la proposition. Il fera connaître cette renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à la compagnie.

L'assureur restituera la somme versée, dans un délai de deux mois à compter de la date de la signature de la proposition :

— sous déduction du douzième de la prime annuelle, s'il est garanti le versement de sommes en cas de décès (dans ce cas la garantie donnée par la note de couverture reste acquise pendant le mois qui suit la date de la signature de la proposition) ;

— intégralement, s'il n'est pas garanti de versement de sommes en cas de décès.

La faculté et les modalités de renonciation feront l'objet d'une mention apparente, arrêtée d'un commun accord, sur la note de couverture.

IV. — DÉMARCHAGE

Des dispositions réglementaires particulières régissent la présentation des opérations d'assurance ; cependant il convient de veiller aux conditions dans lesquelles est effectué le démarchage.

Un échange de vues sur ce point sera organisé entre les Organisations de consommateurs et l'I.N.C., et les responsables des sociétés d'assurance sur la vie chargés plus spécialement de la production et de la formation professionnelle.

V. — POLICES D'ASSURANCE

Les polices d'assurance vie sont conçues de manière à être des instruments juridiques précis ; elles sont soumises en outre à des contraintes de gestion administratives ; néanmoins des efforts ont été entrepris tant au niveau des entreprises d'assurance qu'au niveau de la F.F.S.A. pour en rendre la compréhension plus aisée, ainsi qu'en témoignent plusieurs réalisations. Il est convenu entre les représentants des consommateurs et les assureurs que les moyens de réaliser ces améliorations sont essentiellement :

- l'allègement de polices ;
- l'adaptation de leur structure ;
- la simplification du langage.

Sur la base des études en cours, la F.F.S.A. fera, dans le délai de trois mois, aux sociétés, les recommandations nécessaires pour donner dans la conception des polices une priorité au souci d'en faciliter la lecture, la compréhension et l'utilisation par les assurés.

VI. — REVALORISATION

Les consommateurs ont exprimés leurs préoccupations à l'égard des effets de l'inflation sur la valeur des garanties de l'assurance-vie, préoccupations qui touchent également la conservation de l'épargne sous d'autres formes. Les assureurs ont rappelé les initiatives qu'ils ont déjà prises pour permettre aux assurés de préserver, dans toute la mesure du possible, l'efficacité de leurs efforts de prévoyance, selon des moyens adaptés respectivement aux garanties en cas de décès et aux garanties en cas de vie. L'Administration a encouragé ces initiatives et les a consacrées par des textes réglementaires ayant valeur d'obligation.

Les consommateurs et les assureurs sont d'accord pour constater le préjudice réel qui est causé à l'épargne par l'inflation. Dans le domaine particulier de l'assurance-vie, ils sont d'accord pour considérer qu'aucun effort ne doit être négligé, au plan législatif, réglementaire ou contractuel, pour renforcer la défense de l'assuré contre les effets de l'érosion monétaire.

Ils sont également d'accord pour réserver la qualification de « revalorisables » aux contrats dans lesquels la prime et les garanties croissent dans la même proportion.

Pour les Organisations de consommateurs,

JACQUES SEMLER-COLLERY

*Le Délégué général
de la Fédération française
des sociétés d'assurances,*

JEAN FLORY

Le Directeur

de l'Institut national de la consommation,

HENRY ESTINGOY

*Le Président
de la Réunion
des sociétés d'assurances sur la vie,*

PIERRE ESTEVA

ANNEXE 2

**LISTE DES S.I.C.A.V. SERVANT DE SUPPORTS
A DES CONTRATS D'ASSURANCES**

Société	Support		
1. A.G.F.	Compagnie d'Investissement et de Placement (C.I.P.)		
2. A.G.P.	{ S.I. EST Gestion Mobilière 1/3 ou Indo Valeurs 1/3 Sicavimo 1/3		
3. CITE		{ Soginco 1/4 Optima 1/4 Valorem 1/4 Obligem 1/4	
4. FRANCE			{ France Obli 1/4 Sogepar 1/4 Épargne Valeur 1/4 Elysées Valeurs 1/4
5. FONCIERE	Worms Investissement		
6. G.A.N.	Soleil Investissement ou Pierre Investissement		
7. GROUPE VICTOIRE ..	Sicav Victoire ou Sicav Immobilière ou « Panier » par moitié des deux Sicav		
8. MONDIALE	Mondiale Investissement ou Sogepar ou Elysées Valeurs		
9. PRÉSERVATRICE	Worms Investissement		
10. SOCIÉTÉ SUISSE	Elysées Valeurs		
11. U.A.P.	ÆDIFICANDI ou Alto		
12. U.M.A.C.	Sogepargne 1/5 ou Intersélection 2/5 Convertimo 2/5		
13. V.I.A.	Via Investissement		
14. VIE NOUVELLE	Drouot Investissement		
15. WINTERTHUR	Elysées Valeurs		

ANNEXE 3

ÉVOLUTION DES COURS DES S.I.C.A.V.

	1964	1965	1966	1967	1968	1969	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978
S.I.C.A.V. diversifiées	89,93	92,18	90,02	100	115,71	133,30	129,30	132,48	156,67	149,79	124,64	156,92	172,33	177,48	221,10
S.I.C.A.V. obligations	—	—	—	100	107,90	112,84	116,77	126,45	140,08	140,72	140,38	163,80	177,13	195,60	233,04
Indice prix de détail	91,58	94,11	95,61	100	105,32	111,55	117,44	124,71	133,37	144,67	166,63	182,68	200,69	218,71	239,96
Indice C.A.C. (*)	124,11	113,54	101,87	100	107,94	135,93	126,29	116,49	136,40	135,51	91,77	119,92	99,54	92,02	134,87

(*) Chambre syndicale des agents de change : indice de l'ensemble des valeurs cotées à la Bourse de Paris.

Source. — Commission des opérations de bourse : indices chaînés calculés sur les indices corrigés annuels avant distribution des bénéfices.

**ÉVOLUTION PARALLELE DE LA VA
SERVANT DE RÉFÉRENCE**

(Abstraction faite des partici

Société	Contrat	Support	Date création du support	Date fixation valeur
Groupe de Paris	Pierre Assurance Investissement	Parimmo (S.C.I.)	1 ^{er} août 1973	1 ^{er} avril
Mutuelles Unies (anciennes mutuelles)	Pierre Index	Pierre Croissance (S.C.I.)	décembre 1973	1 ^{er} juillet
G.A.N.	Gan Foncier Investissement	Gan Foncier (S.C.I.)	29 août 1974	1 ^{er} avril
U.A.P.	Pierre Assurance I Pierre Assurance II	U.G.I.C.O.M.I. (S.I.C.O.M.I.) U.G.I.F. (S.I.I.)	1 ^{er} janvier 1975 28 mai 1964 (expertise juin 1977)	1 ^{er} avril
Groupe Victoire	Selec-Pierre	Selecti Pierre (S.C.I.)	1 ^{er} mai 1975	1 ^{er} avril
M.G.F.	Emeraude	Immobilier générale française (S.C.I.)	30 décembre 1974	1 ^{er} janvier
Groupe Drouot	Pierre	Drouot Pierre (S.C.I.)	3 août 1976	1 ^{er} avril
La Foncière	Fonci Pierre	Worms Pierre (S.C.P.I.)	30 septembre 1975	1 ^{er} janvier
La Baloise	Pierre Alba	Dyna Pierre (S.C.I.)	30 décembre 1976	1 ^{er} juillet
Continent Vie	Pyramide Bastion	Continent Pierre (S.C.I.)	1 ^{er} mars 1978	1 ^{er} avril
Capeavie (secours et providence)	C.I.P.A. Pierre C.C.A. Pierre	Capimmo (S.C.I.)	1 ^{er} septembre 1977	1 ^{er} janvier

(1) Calcul effectué, depuis la date exacte de création du support, au mois près.

(2) Calcul effectué, depuis l'année de création du support, par différence de millésime.

**LEUR DES PARTS OU DES ACTIONS
AUX CONTRATS ACAVI**

(partitions aux bénéfices.)

1973	1974	1975	1976	1977	1978	Variation annuelle 1977-1978	Variation moyenne annuelle	
							(1)	(2)
100	101	107	123	145	156	7,59 %	9,997 %	9,301 %
—	10.000	11.589	12.907	14.225	15.431	8,478 %	9,927 %	9,063 %
—	130	141,86	158,10	171,86	186,35	8,43 %	10,571 %	9,42 %
—	—	100	100	110	115	4,55 %	4,394 %	4,769 %
—	—	—	—	—	190	—	—	—
—	—	0,9654	0,9654	1,0332	1,1065	7,09 %	4,788 %	4,652 %
—	—	100	109,96	120,76	129,58	7,30 %	9,022 %	6,693 %
—	—	—	100	100	108	8 %	4,75 %	3,90 %
—	—	—	—	1.570	1.635	4,14 %	—	—
—	—	—	—	100	104	4 %	—	—
—	—	—	—	—	760,50	—	—	—
—	—	—	—	—	100	—	—	—