



COMMISSION OUVERTE DROIT DES ASSURANCES ET RESPONSABILITE CIVILE DU 11 FEVRIER 2016

Intervenant : Monsieur le Professeur Luc Mayaux

Responsable : Maître Ludovic Gayral (Vatier & associés)

ACTUALITES LEGISLATIVES ET REGLEMENTAIRES

1. Actualités en droit des assurances (en général)

1.1 Assurance emprunteur : décrets d'application

a. Décret n°2015-460 du 22 avril 2015 relatif à la remise de la fiche standardisée d'information mentionnée à l'article L.312-6-2 du code de la consommation

Insère un nouvel article R. 312-0-1 du code de la consommation.

- Prévoit que la fiche standardisée d'information (FSI) « énonce de manière claire et lisible les principales caractéristiques de l'assurance ayant pour objet de garantir le remboursement d'un prêt »
- Prévoit cinq mentions obligatoires :
 - La définition et la description des garanties (1°),
 - Les garanties minimales exigées par le prêteur pour l'octroi du prêt immobilier (2°),
 - Le choix de garanties par l'emprunteur et la part de capital assuré (3°),
 - Le tarif personnalisé (4°).
 - Rappel de la possibilité de substitution (5°).
- Les candidats au crédit se verront remettre la FSI lors de la première simulation.

Voir également l'arrêté du 29 avril 2015 précisant le format et le contenu de la FSI.

b. Décret n° 2015-494 du 29 avril 2015 définissant les conditions dans lesquelles le prêteur et l'assureur délégué s'échangent les informations préalables à la souscription des contrats d'assurance liés à un crédit immobilier

Choix d'une autre assurance que celle du prêteur avant l'émission de l'offre de prêt
--

- Lorsque l'emprunteur souhaitera faire usage de la faculté de substitution du contrat d'assurance avant l'émission de l'offre de prêt, le prêteur devra transmettre à l'assureur délégué les informations suivantes, par l'intermédiaire du candidat à l'emprunt (Code de la consommation, article R 312-1-2, 1° nouveau) :
 - le capital initial emprunté ;
 - la durée initiale du prêt exprimée en mois ;

- le taux d'intérêt nominal et sa nature fixe ou variable ;
 - les tableaux d'amortissement, le cas échéant prévisionnels, ou les informations suivantes, le cas échéant prévisionnelles : le nombre, le montant et la périodicité des échéances de remboursement du crédit et, le cas échéant, la durée et la nature des différés d'amortissement et les paliers d'échéances ;
 - le montant des frais, commissions ou rémunérations liés à l'intervention d'éventuels intermédiaires
 - la date souhaitée de la prise d'effet des garanties ;
 - les types de garanties exigées et la part du capital emprunté à couvrir pour l'octroi du prêt, garantie par garantie ;
 - le rappel des critères servant à apprécier l'équivalence du niveau de garantie entre l'assurance proposée par le prêteur et l'assurance de substitution, par type de garanties exigées, après analyse de la situation personnelle du candidat à l'emprunt.
- Après que l'assureur délégué se sera engagé à accorder sa garantie, il devra transmettre au prêteur les informations suivantes, par l'intermédiaire de l'emprunteur (Code de la consommation, article R 312-1-2, 2° nouveau) :
 - les informations nécessaires au calcul du taux effectif global du crédit sur la base des garanties exigées par le prêteur, la quotité assurée par tête et par type de garanties et le montant assuré par type de garanties ;
 - le coût total en euros sur la durée du prêt des garanties exigées par le prêteur au titre de l'assurance, nécessaire au calcul du taux effectif global du crédit, ainsi que l'échéancier des primes d'assurance ;
 - la date d'effet, le cas échéant prévisionnelle, des garanties et la date de cessation de ces garanties.

Choix d'une autre assurance que celle du prêteur après l'émission de l'offre de prêt

- Lorsque l'emprunteur fera usage de la faculté de substitution après l'émission de l'offre de prêt, l'emprunteur devra transmettre à l'assureur de son choix cette offre de prêt ou le contrat de crédit.
- Une fois que l'assureur délégué se sera engagé à accorder sa garantie, le contrat d'assurance devra mentionner notamment, pour chaque prêt, les garanties exigées par le prêteur au titre de l'assurance, la quotité assurée par tête et par type de garanties, le montant du capital assuré par type de garanties, le coût définitif des garanties exigées par le prêteur au titre de l'assurance et les dates d'effet et de cessation des garanties. En cas d'acceptation par le prêteur, celui-ci devra notifier à l'emprunteur, selon les cas, l'offre de crédit modifiée ou l'avenant au contrat de crédit (C. consom. art. R 312-1-3 nouveau).

1.2 Assurance emprunteur et cancers : signature d'un protocole d'accord sur le droit à l'oubli

Le droit à l'oubli de certains cancers lors de la souscription d'une assurance emprunteur va être institué dans le cadre d'un avenant à la convention Aeras (« s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé»). Un protocole d'accord a été signé en présence du chef de l'Etat.

- Application du droit à l'oubli (non-déclaration) dans deux cas :

- pour les cancers pédiatriques survenus avant l'âge de 15 ans, quand la demande d'assurance du prêt intervient au moins 5 ans après la date de fin du protocole thérapeutique.
 - pour tous les cancers, 15 ans après la fin de la thérapie.
- Les personnes ayant été atteintes par certains cancers (définis par une grille de référence mise en place), qui demanderaient l'accès à un crédit et une assurance emprunteur avant la période de 15 ans de la fin de leur traitement, devront être assurées au tarif normal sans surprime.

1.3 Décret du 7 mai 2015 pour la transposition de la directive Solvabilité II et mesures d'adaptation des règles applicables aux organismes d'assurance et réassurance.

Publication au JORF d'un décret n° 2015-513 pris pour l'application de l'ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015 qui vient transposer la directive européenne 2009/138/CE du 25 novembre 2009 sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II).

Décret fixant les règles relatives au régime administratif, prudentiel et comptable des organismes d'assurance et de réassurance. Procède à diverses mesures d'adaptation des règles applicables aux organismes d'assurance et de réassurance régis par le code des assurances, le code de la mutualité et le titre 3 et du livre 9 du code de la sécurité sociale.

Voir également le décret n° 2015-1857 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'ordonnance n° 2015-378 du 2 avril 2015 transposant la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II)

1.4 Etendre aux mutuelles la faculté pour les consommateurs de résilier leurs contrats d'assurance en cours d'année : dépôt à l'AN d'une proposition de loi

Proposition de loi de Yves Nicolin tendant à étendre aux mutuelles régies par le code de la mutualité la faculté pour les consommateurs de résilier leurs contrats d'assurance en cours d'année, n° 3155, déposée le 21 octobre 2015 - Assemblée nationale, dossier législatif

Depuis 2014, l'article L. 113-15-2 du code des assurances donne aux consommateurs le droit de résilier en cours d'année certains de leurs contrats d'assurance.

Le député Yves Nicolin a souhaité ouvrir ce droit aux mutuelles en déposant une proposition de loi en ce sens le 21 octobre 2015 à l'Assemblée nationale, après une première année complète, les contrats d'assurance régi par le code de la mutualité couvrant des personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles.

1.5 Adaptation de diverses dispositions du code des assurances à Saint-Barthélemy, Saint Pierre et Miquelon et Wallis et Futuna

Ordonnance n° 2015-1497 du 18 novembre 2015 portant adaptation de diverses dispositions du code des assurances à Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis et Futuna, publié au Journal Officiel le 20 novembre 2015.

Une ordonnance portant adaptation du code des assurances pour son application dans les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint-Pierre-et-Miquelon et dans les îles Wallis et Futuna a été présentée par le ministre des Finances et des Comptes publics lors du Conseil des ministres du 18 novembre 2015.

Publiée au Journal officiel du 20 novembre 2015, cette ordonnance du 18 novembre 2015 complète, pour les territoires d'outre-mer concernés, l'ordonnance du 2 avril 2015 transposant, pour la France métropolitaine et les départements d'outre-mer, la directive 2009/138/CE du 25 novembre 2009, dite Solvabilité II, qui crée un nouveau cadre prudentiel européen unifié pour les organismes d'assurance et doit entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2016.

2. Assurance-vie

2.1 Assurance vie : le décret sur le Ficovie est paru

Décret n°2015-362 du 30 mars 2015 relatif aux obligations déclaratives des entreprises d'assurance et organismes assimilés.

Le décret d'application sur le fichier des contrats d'assurance vie et de capitalisation (ou Ficovie) est paru. Instauré par la loi de finances rectificatives pour 2013, ce fichier est opérationnel depuis le 1^{er} janvier 2016.

- Les compagnies d'assurance avaient neuf mois pour mettre en place ce fichier Ficovie qui doit recenser tous les contrats d'assurance vie de plus de 7 500 €.
- Elle devront déclarer la souscription et le dénouement des contrats d'assurance vie dans les soixante jours, ainsi que, chaque année, le montant cumulé des primes versées, la valeur de rachat et le montant du capital garanti.
- Pour les contrats souscrits avant novembre 1991, la déclaration ne portera que sur le montant des sommes versées depuis le 70^e anniversaire de l'assuré. Ces déclarations devront s'effectuer de manière dématérialisée.
- Actuellement, les assureurs doivent seulement déclarer à l'administration fiscale les sommes versées aux bénéficiaires lors du décès de l'assuré ou bien les revenus versés lors d'un rachat partiel ou total d'un contrat.
- Ce fichier devra contenir non seulement la nature et la référence du contrat, mais aussi les noms, date et lieu de naissance ainsi que l'adresse du domicile des assurés.

2.2 Assurance-vie : l'administration abandonne la position de la réponse ministérielle Bacquet

Communiqué de presse n° 594 du ministère des Finances et des Comptes publics du 12 janvier 2016 - "Changement de doctrine fiscale sur les successions sur contrats d'assurance-vie dans un couple"

Depuis 2010, pour un contrat d'assurance vie souscrit dans un couple ayant opté pour le régime de la communauté, les enfants devaient acquitter des droits de succession au décès du premier époux, sans pour autant pouvoir bénéficier du contrat d'assurance vie.

Désormais, le décès du premier époux sera neutre fiscalement pour les successeurs, notamment les enfants, les conjoints étant déjà exonérés. Ils ne seront imposés sur le contrat d'assurance vie qu'au décès du second époux et n'auront donc pas à payer de droits de succession dès le décès du premier époux sur un contrat non dénoué.

2.3 Comptes bancaires inactifs et contrat d'assurance-vie en déshérence

Décret n° 2015-1092 du 28 août 2015 relatif aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence

Encadrement des frais applicables aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance-vie ainsi que des taux de revalorisation post-mortem des contrats d'assurance-vie.

Un décret du 28 août 2015 est venu préciser les modalités de transfert des établissements bancaires et organismes d'assurance vers la Caisse des dépôts et consignations (CDC) des comptes et contrats non réclamés ainsi que les conditions de restitution des sommes déposées à la CDC à leurs titulaires, ayants droit ou bénéficiaires, ou leur transfert à l'Etat (par la CDC ou par les établissements) à l'issue de la prescription du délai.

Le projet prévoit enfin la rémunération des sommes déposées à la CDC.

Le texte est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

3. Assurance santé

3.1. Certificats mutualistes ou paritaires : le décret publié au Journal Officiel

Décret n°2015-204 du 23 février 2015 relatif aux certificats mutualistes ou paritaires

Le décret relatif aux certificats mutualistes ou paritaires est paru au JO du mercredi 25 février 2015, près de sept mois après l'adoption de la loi sur l'économie sociale et solidaire. Ce décret vient modifier le code des assurances

Contenu :

- La résolution de l'assemblée générale fixe les caractéristiques de l'émission de certificats mutualistes ou paritaires, notamment le montant maximal et la ou les monnaies dans laquelle ou lesquelles l'émission est libellée, les modalités de remboursement, le montant des frais d'émission, la durée minimale et, le cas échéant, maximale de l'emprunt, le

plafond de la rémunération susceptible d'être acquittée par l'entreprise (Article R.322-79, I).

- Trois mois au moins avant la réunion de l'assemblée générale, la mutuelle ou l'union relevant du Code de la mutualité doivent soumettre à l'approbation de l'ACPR le projet d'émission. A l'expiration d'un délai de deux mois à dater du dépôt de ce dossier, l'autorisation « est réputée accordée », en cas de silence de l'ACPR.
- La limite maximale des rémunérations de ces certificats est fixée à 10% du résultat cumulé sur les trois derniers exercices.
- La limite est portée à 25% du résultat du dernier exercice clos dans le but de pouvoir distribuer un montant non nul lorsque le résultat cumulé est négatif mais que le dernier est bénéficiaire.
- Les *Sgam*, les unions mutualistes de groupe (UMG) et les groupements paritaires de prévoyance pourront, dans la limite de 95% du résultat du dernier exercice clos, affecter à la rémunération des certificats mutualistes ou paritaires qu'ils ont émis, l'intégralité de la rémunération qu'ils ont reçus au titre des certificats souscrits auprès de ses membres.

Un arrêté du 4 mai 2015, publié au Journal officiel du 10 juin 2015, porte homologation de modifications relatives aux offres au public de certificats mutualistes (livre II) et aux correspondants centralisateurs des fonds d'investissement alternatifs (livre IV), du règlement général de l'Autorité des marchés financiers (AMF).

3.2. Publication du décret sur les dispenses relatif à la généralisation de la complémentaire santé

Décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 : JO du 31 décembre 2015

Le décret d'application de l'article 34 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2016, et précise les nouveaux cas de dispense d'affiliation. Il est entré en vigueur en même temps que la réforme de la généralisation de la complémentaire santé.

Le texte dévoile les nouveaux moyens de dispense d'affiliation. Une circulaire publiée par la Direction de la Sécurité Sociale est venue apporter des précisions sur ce nouveau dispositif, qui n'a pas été bien reçu par les acteurs de la profession.

Le texte vient préciser l'article L 911-7 du Code de la Sécurité sociale, redéfinissant plusieurs cas de figures permettant aux salariés, à leur initiative, de se dispenser du régime de complémentaire santé, sans que les entreprises ne puissent être sanctionnées par l'URSSAF.

L'alinéa 3 du III de l'article L911-7 du Code de la sécurité sociale dispose que :

« Les salariés en contrat à durée déterminée ou en contrat de mission peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'affiliation si la durée de la couverture collective à adhésion obligatoire dont ils

bénéficient en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident est inférieure à un seuil fixé par décret et s'ils justifient bénéficier d'une couverture respectant les conditions fixées à l'article L. 871-1. Cette durée s'apprécie à compter de la date de prise d'effet du contrat de travail et sans prise en compte de l'application, le cas échéant, de l'article L. 911-8.

Un décret fixe, en outre, les catégories de salariés pouvant se dispenser, à leur initiative, de l'obligation de couverture, eu égard à la nature ou aux caractéristiques de leur contrat de travail ou au fait qu'ils disposent par ailleurs d'une couverture complémentaire. » (mis en gras par nous)

Le décret n°2015-1883 du 30 décembre 2015 a modifié l'article D911-2 du Code de la sécurité sociale, lequel dispose dorénavant que :

« peuvent se dispenser, à leur initiative, de l'obligation d'adhésion à la couverture en matière de remboursement complémentaire de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident mise en place dans leur entreprise :

1° Les salariés bénéficiaires d'une couverture complémentaire en application de l'article L. 861-3 ou d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé en application de l'article L. 863-1 [à savoir en tant qu'ayant droit ou en tant que bénéficiaire d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (CMU-C, ACS)]. La dispense ne peut jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;

2° Les salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;

3° Les salariés qui bénéficient, pour les mêmes risques, y compris en tant qu'ayants droit, de prestations servies au titre d'un autre emploi en tant que bénéficiaire de l'un ou l'autre des dispositifs suivants [contrat Madelin, régime Alsace-Moselle, contrat spécifique aux collectivités locales, régime des industries électriques et gazières].

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. »

Les autres cas de dispense qui existaient auparavant sont maintenus :

- S'il est titulaire d'un CDD ou contrat de mission d'une durée inférieure à trois mois
- S'il se trouve dans une entreprise ayant mis en place cette couverture santé par décision unilatérale de l'employeur (DUE). Dans ce cas, si le financement de la couverture est intégralement assuré par l'employeur, ce scénario doit être inséré dans la DUE ; en cas de participation du salarié, cette demande de dispense doit être réalisée par le salarié avant la mise en place de la DUE.

Le décret précise également les modalités de ce nouveau versement de l'employeur appelé le « chèque santé ».