

CHRONIQUE

BANCASSURANCE



PIERRE-GRÉGOIRE MARLY
Professeur agrégé des Facultés de droit
Directeur du Master de Droit
des assurances du Mans
Directeur adjoint de l'Institut
des Assurances de Paris Sorbonne



MICHEL LEROY
Maître de conférences,
Responsable Master II
Ingénierie du patrimoine
Toulouse I Capitole

Co-assurance avec dénouement au second décès : impact liquidatif

Le contrat co-souscrit par deux époux communs en biens est, au décès du premier des époux, un actif de la communauté, pris en compte pour moitié dans la liquidation civile de la succession. Il ne constitue pas, pour le survivant, l'objet d'une donation, sauf circonstances particulières.

Civ. 1^{re}, 26 juin 2019, n° 18-21383, à paraître au Bulletin.

Commentaire de Michel Leroy

La co-souscription avec second décès occupe une bonne place dans l'actualité 2019 de l'assurance vie.

En janvier 2019, une réponse ministérielle remarquable (Rép. min. n° 256 : JO Sénat 10 janv. 2019, p. 131, Malhuret) avait exprimé le principe selon lequel la réponse CIOT ne permet pas de présumer « qu'un contrat co-souscrit par des époux communs en biens dont le dénouement normal est le décès du second conjoint ne peut constituer une donation indirecte ».

Dans une autre réponse ministérielle (Rép. min. n° 1398 : JO Sénat 30 mai 2019, p. 2859), l'administration affirme que « la transformation d'une souscription simple en co-souscription peut révéler l'existence d'une libéralité indirecte. La régularité d'une souscription conjointe à cet égard doit être appréciée au cas par cas au vu des circonstances de fait de l'espèce et notamment de l'auteur des versements et des événements rachats effectués par le nouvel assuré. »

En juin 2019 (Cass. 1^{re} civ., 26 juin 2019, 18-21.383), la Cour de cassation a eu à se prononcer sur la prise en compte de la valeur du contrat non dénoué dans les opérations liquidatives. En l'espèce des difficultés liquidatives s'étaient élevées à la suite du décès du premier des deux époux et elles portaient essentiellement sur l'intégration de la moitié de la valeur de rachat du contrat non dénoué dans la liquidation de la succession.

La cour d'appel avait considéré que la valeur du contrat était pour le survivant un propre en application de l'article L. 132-16 du Code des assurances.

La Cour de cassation ne pouvait que censurer une telle erreur qui trouve peut-être son origine dans la rédaction de la clause bénéficiaire.

En l'espèce, celle-ci était rédigée ainsi : « Sauf mention contraire, les bénéficiaires en cas de décès sont les suivants : le souscripteur, à défaut le conjoint du souscripteur, à défaut les enfants et descendants nés ou à naître du souscripteur, à défaut les ascendants privilégiés du souscripteur par parts égales ou le survivant, à défaut les héritiers du souscripteur. »

Cette rédaction posait difficultés car elle est contradictoire avec le principe même d'une co-souscription au second décès. En effet, la caractéristique de ce type de contrat est que les époux sont en même temps souscripteurs et assurés. La garantie décès ne peut donc être, en exécution de la clause bénéficiaire, attribuée qu'à la disparition du second des époux.

Le bénéficiaire est donc une personne qui, par définition, ne peut être, ni le souscripteur, ni le conjoint du souscripteur.

Ensuite, en principe dans ce type de souscription, les bénéficiaires sont choisis ensemble de sorte que celle-ci vise, par exemple, les enfants du couple ou leurs héritiers.

Ce n'est pas le cas, en l'espèce, puisque de façon subsidiaire, la clause vise « les enfants et descendants nés ou à naître du souscripteur » et plus subsidiairement encore, les héritiers du souscripteur.

Peut-être cette clause avait-elle impressionné la cour d'appel qui avait cru pouvoir tirer de la qualité de bénéficiaire attribuée par celle-ci au conjoint l'application de l'article L. 132-16 du Code des assurances. ■

CO-SOUSCRIPTION – COMMUNAUTÉ CONJUGALE – ACTIF PROPRE (NON).

Assurance emprunteur et clauses abusives : une approche stricte de la Cour de cassation

Il résulte des éléments de fait et de droit débattus devant la cour d'appel que l'obligation faite à l'emprunteur de continuer à payer les échéances du prêt en cas de sinistre ne crée aucun déséquilibre significatif à son détriment, dès lors que l'assureur doit pouvoir vérifier la réunion des conditions d'application de la garantie avant de l'accorder.

En outre, la clause prévoyant la cessation de la garantie et des prestations à la date de la déchéance du terme définit l'objet principal du contrat en ce qu'elle délimite le risque garanti, de sorte qu'étant rédigée de façon claire et compréhensible, elle échappe à l'appréciation du caractère abusif des clauses, au sens de l'article L. 132-1, alinéa 7, devenu L. 212-1, alinéa 3, du Code de la consommation.

Civ. 1^{re}, 4 juillet 2019, n° 18-10077, à paraître au Bulletin.

Commentaire de Pierre-Grégoire Marly

Un consommateur, auquel l'assureur dénie sa garantie en application d'une clause du contrat, peut être tenté d'invoquer le caractère abusif de celle-ci afin qu'un juge la répute non écrite¹. Toutefois, cette démarche risque fort d'être vaine, tant il est vrai qu'en lui consacrant plusieurs recommandations et autres avis, la Commission des clauses abusives a sensiblement purgé le secteur des assurances de ces stipulations qui, par essence, altèrent gravement l'équilibre contractuel. Au reste, le droit des assurances n'a pas attendu le droit de la consommation pour traquer les clauses ayant pour objet ou pour effet de favoriser par trop l'assureur².

Dans l'affaire rapportée, un emprunteur contestait la validité de deux clauses figurant dans l'assurance de son crédit immobilier.

La première, fort répandue en pratique, subordonne le versement des prestations à l'expiration d'un délai de 90 jours d'arrêt de travail continu. Selon le pourvoi, cette clause oblige donc l'emprunteur défaillant à poursuivre durant cette période un remboursement que, par hypothèse, il ne peut plus assumer et pour lequel il s'est précisément assuré; elle conduit, en outre, « à provoquer ce que l'assurance avait pour objet d'éviter, à savoir la défaillance dans le remboursement du prêt immobilier ». Partant, le demandeur reprochait à la cour d'appel de n'avoir pas recherché d'office si une telle stipulation créait au détriment de l'emprunteur assuré un déséquilibre significatif.

À l'évidence, ce grief ne pouvait prospérer. D'une part, pour peu que le délai de franchise soit clairement men-

tionné dans la police, la Commission des clauses abusives n'y trouve rien à redire³. D'autre part, ce délai est justifié par des considérations de coûts et de gestion de l'assurance. Comme l'indiquent les hauts magistrats pour rejeter le pourvoi, « l'assureur doit pouvoir vérifier la réunion des conditions d'application de la garantie avant de l'accorder ». Dit autrement, « l'assuré ne saurait, unilatéralement, décider que l'accident ou la maladie dont il est victime remplit les conditions de la garantie et se décharger immédiatement du remboursement de son prêt sur les épaules de la compagnie »⁴.

La seconde clause, tout aussi usuelle que la précédente, prévoyait que la garantie devait prendre fin à la déchéance du terme de l'emprunt pour échéances impayées. Là encore, le demandeur reprochait aux juges du fond de ne pas avoir examiné le caractère abusif de cette stipulation qui, selon lui, permettait à l'assureur d'être libéré de ses obligations en raison de la survenance d'un événement qu'il aurait lui-même provoqué. À cet égard, il précise que « la déchéance du terme peut, en effet, intervenir parce que l'assurance [sic] aura tardé à accepter de prendre en charge le sinistre de son assuré qui, lui, n'aura pas été en mesure de continuer à honorer ses engagements en raison de ce sinistre en vue duquel il s'était assuré ».

Au vrai, la clause litigieuse avait peu de chance d'être censurée dès l'instant où elle contribuait à circonscrire le risque assuré et, partant, définir l'objet du contrat d'assurance qui réside précisément dans la couverture de ce risque. Or, selon l'article L. 212-1, alinéa 3, du Code de la consommation (anc. art. L. 132-1, al. 7), « l'appréciation du caractère abusif des clauses au sens du premier alinéa ne porte ni sur la définition de l'objet principal du contrat ni sur l'adéquation du prix ou de la rémunération au bien vendu ou au service offert pour autant que les clauses soient rédigées de façon claire et compréhensible »⁵. Dans le même sens, en ce qu'elle délimite l'objet de la garantie, et à condition qu'elle soit claire et compréhensible, ne peut être déclarée abusive la clause prévoyant que le départ de l'assuré à la retraite emporte cessation de la garantie « incapacité de travail »⁶. Ajoutons que ces différentes clauses échapperaient également au contrôle de l'abus, conformément à la disposition précitée, en ce qu'elles influencent l'adéquation de la prime au service rendu par l'assureur.

3. Cf. Recommandation n° 90-01 BOCCRF du 28 août 1990.

4. M. Asselain, obs. in LEDA n° 8, sept. 2019, 112c8.

5. Comp., s'agissant des contrats souscrits par des professionnels, C. civ., art. 1171 : « Dans un contrat d'adhésion, toute clause non négociable, déterminée à l'avance par l'une des parties, qui crée un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat est réputée non écrite. L'appréciation du déséquilibre significatif ne porte ni sur l'objet principal du contrat ni sur l'adéquation du prix à la prestation. » Notons que cette disposition, à la différence de l'article L. 212-1, alinéa 3, du Code de la consommation, n'exige pas que la clause soit rédigée en termes clairs et compréhensibles pour écarter son caractère abusif.

6. Civ. 1^{re}, 30 nov. 2016, n° 15-21724 et n° 15-23004. En l'espèce, la clause litigieuse prévoyait que la « garantie incapacité de travail » était due si, avant son soixante-cinquième anniversaire de naissance, l'assuré était contraint d'interrompre totalement son activité professionnelle sur prescription médicale par suite de maladie ou d'accident, et si son état de santé lui interdisait l'exercice de toute activité professionnelle, et que la garantie prenait fin, notamment, lors du départ en retraite de l'assuré, quelle qu'en soit la cause, y compris pour inaptitude au travail. Selon la Cour de cassation, la cour d'appel a pu en déduire que cette clause fixait les limites du risque assuré et était dépourvue d'ambiguïté.

1. C. conso., art. L. 241-1. Rappelons que la stipulation de l'une des clauses réputées irréfragablement abusives par l'article R. 212-1 du Code de la consommation peut également donner lieu à une sanction administrative (C. conso., art. L. 241-2).

2. Cf. M. Bruschi, « L'élimination des clauses abusives dans le contrat d'assurance », M. H. Groutel, Litec, p. 71.

À l'analyse, l'application de cette même disposition législative aurait tout autant permis de justifier la validité de la première clause disputée. En effet, loin d'être une simple modalité de l'obligation, la stipulation du délai de franchise contribue à définir l'objet de la couverture : seules sont garanties les incapacités de travail supérieures à 90 jours. Tout au plus peut-on se demander si cette clause constitue une condition ou une exclusion de la garantie⁷.

Pour conclure, notons que si la stipulation claire et intelligible des clauses précitées n'est pas abusive, l'exercice des prérogatives qu'elles confèrent peut toujours encourir cette qualification et justifier la responsabilité de l'assu-

reur, voire l'inopposabilité de la clause à l'assuré. Quant au prêteur de deniers, sa responsabilité pourrait également être engagée pour avoir omis d'éclairer l'emprunteur sur la portée exacte de la clause litigieuse au regard de sa situation particulière⁸. À cet égard, rappelons que la jurisprudence assigne au banquier, souscripteur de l'assurance collective du crédit, l'obligation spécifique d'éclairer le candidat à l'assurance « sur l'adéquation des risques couverts à sa situation personnelle d'emprunteur »⁹. ■

ASSURANCE EMPRUNTEUR – DÉLAI DE FRANCHISE – EXTINCTION DE LA GARANTIE
POUR DÉCHÉANCE DU TERME DE L'EMPRUNT – CLAUSES ABUSIVES (NON).

7. Dans le sens d'une exclusion de garantie, la clause serait interprétée négativement : toutes les incapacités de travail seraient garanties, sauf celles d'une durée inférieure à 90 jours. L'enjeu de cette qualification réside dans le formalisme légalement exigé *ad validitatem* (C. ass., art. L. 112-4, in fine et L. 113-1, al. 1).

8. Comp. Civ. 1^{re}, 30 nov. 2016, préc.

9. Ass. plén., 2 mars 2007, n° 06-15267 : Bull. n° 4.

Les limites de l'obligation d'information et de conseil pesant sur l'intermédiaire d'assurance

Ayant retenu que la disposition relative à la garantie invalidité était parfaitement claire et dépourvue de toute ambiguïté, et qu'il ne peut être fait grief à l'agent d'assurance de ne pas avoir proposé des garanties complémentaires que l'intéressé a fait le choix de ne pas souscrire, la cour d'appel a pu décider que celui-ci ayant adhéré au contrat en parfaite connaissance des garanties souscrites et n'ayant pas à être mieux éclairé sur ce choix, aucun manquement au devoir d'information et de conseil ne pouvait être reproché à l'assureur ou à son agent général.

Civ. 2^e, 13 juin 2019, n° 18-17872.

Commentaire de Pierre-Grégoire Marly

Tout intermédiaire d'assurance est débiteur d'une obligation spéciale d'information et de conseil : après s'être formellement présenté à son client, il doit recueillir ses exigences et besoins en fonction desquels il lui proposera un contrat adapté et l'éclairera sur les raisons de ce choix¹. Les informations relatives à ce contrat, consignées dans divers documents légalement requis², sont ensuite remises au potentiel contractant afin qu'il puisse souscrire en pleine connaissance de

cause. Encore faut-il que cette documentation soit suffisamment claire et précise, sans quoi l'intermédiaire est redevable d'un surcroît d'explication afin de parfaire la compréhension de son client. Aussi, confrontés à un refus justifié de garantie, il advient que des assurés prétendent ne pas avoir bénéficié de cette explication grâce à laquelle ils auraient, pensent-ils, contracté une assurance correspondant mieux à leur situation.

Le succès d'une telle prétention suppose donc que la documentation du contrat litigieux accusât un manque de clarté et de précision lors de la souscription. Ce manque ne pouvant évidemment être établi sous l'angle du seul souscripteur, les juges se livrent à une appréciation circonstancielle, sous un contrôle normatif « léger » de la Cour de cassation. D'où il ressort que l'obligation d'information et de conseil de l'intermédiaire cesse lorsque le souscripteur potentiel est en mesure, à la simple lecture des documents précontractuels ou contractuels, et indépendamment de ses compétences techniques personnelles, de connaître les conditions précises de l'assurance envisagée³.

C'est dans le sillage de cette jurisprudence que s'inscrit la décision rapportée.

En l'espèce, par l'entremise d'un agent général, une société avait adhéré en 1996 à un contrat d'assurance de groupe couvrant le risque d'« invalidité permanente totale » de son dirigeant avant l'âge de ses soixante ans. Par cette garantie « homme clé », le dirigeant assuré souhaitait mettre à l'abri son entreprise et sa famille en cas d'accident de nature à l'empêcher d'exercer ses fonctions. Or, c'est ce qu'il advint en 1998, lorsque le dirigeant assuré fut frappé par un accident vasculaire cérébral (AVC).

Si l'accident était bien survenu avant le sixantième anniversaire de la victime et rendait celle-ci inapte à toute activité professionnelle, il ne la condamnait cependant

1. Introduite en 2005 au livre V du Code des assurances, cette obligation spéciale figurait primitivement au seul article L. 520-1 avant qu'en 2009 celui-ci ne renvoie à l'article L. 132-27 pour le conseil afférent aux assurances vie rachetables. L'ordonnance n° 2018-361 du 16 mai 2018, transposant la directive (UE) 2016/97 du 20 janvier 2016 sur la distribution d'assurances, a décliné encore un peu plus cette obligation (C. ass., art. L. 521-2, art. L. 521-4 à L. 521-7, art. L. 522-3 à L. 522-7).

2. C. ass., art. L. 112-2, L. 132-5-2 et L. 132-5-3, Règ. (UE) n° 1286/2014 du 26 novembre 2014 (document d'informations clés). Si le « document d'informations clés » (vie) ou le « document d'information normalisé sur le produit d'assurance » (non-vie) est généralement élaboré par l'assureur, il peut également l'être par le distributeur en qualité de co-concepteur du contrat.

3. Civ. 1^{re}, 13 mai 2003, n° 00-15266; Civ. 1^{re}, 24 mars 2016, n° 15-15075; Civ. 2^e, 8 déc. 2016, n° 15-21723.

pas à un taux d'invalidité fonctionnelle de 100 %. Or, la police couvrant uniquement l'invalidité « totale » du dirigeant, l'assureur refusa de verser le capital stipulé au bénéfice de sa société.

Selon cette dernière, l'agent général ne l'aurait pas suffisamment éclairée sur l'adéquation de la police litigieuse à la situation de l'assuré. En particulier, sachant que l'intention de ce dernier, en adhérant à l'assurance collective pour le compte de sa société, était de préserver celle-ci et indirectement sa famille s'il se trouvait accidentellement empêché d'exercer son activité de dirigeant, il aurait dû attirer son attention sur l'étroite définition conventionnelle de l'invalidité couverte.

Certes, dans un document complété et signé par l'intéressé lors de l'adhésion, des garanties complémentaires lui avaient été proposées qu'il n'a cependant pas retenues. Là encore, la société estime toutefois ne pas avoir été suffisamment éclairée par son agent, ici sur les risques liés au défaut de souscription d'une de ces garanties additionnelles. Considérant que ces divers manquements lui ont causé une perte de chance de ne pas avoir pu contracter une police adaptée, elle a donc assigné l'assureur en responsabilité du fait de son mandataire, conformément à l'article L. 511-1 du Code des assurances.

Reste que de manquements à ses obligations d'information et de conseil, les juges du fond n'en identifient guère à l'endroit de l'intermédiaire d'assurance puisque, d'une part, « les certificats délivrés à l'assuré, comme les conditions générales, étaient claires et lui permettaient de connaître les garanties souscrites », d'autre part, « l'assuré avait fait le choix de ne pas souscrire les garanties complémentaires mentionnées dans l'imprimé qu'il avait signé ». Le pourvoi soutenait que ces circonstances, si accablantes fussent-elles, étaient néanmoins insuffisantes pour écarter un défaut d'information et conseil que les magistrats auraient dû rechercher.

Sans surprise, ces critiques n'ont pas convaincu la Cour de cassation qui approuve l'arrêt entrepris tout en pré-

cisant que la cour d'appel, « contrairement à ce qu'énonce le moyen, n'a pas constaté que Z... A... avait souhaité souscrire une assurance permettant de mettre sa famille et sa société à l'abri en cas d'accident de santé de nature à l'empêcher d'exercer son activité de dirigeant ». Au vrai, ce mobile s'inférait de la nature même du contrat envisagé : une assurance « homme clé » a précisément pour finalité de soutenir financièrement l'entreprise souscriptrice dans l'hypothèse où elle serait fortuitement privée d'une personne indispensable à son bon fonctionnement.

Partant, il peut paraître surprenant qu'une telle assurance ne remplisse pas son office lorsqu'à la suite d'un AVC, l'« homme clé » devient justement incapable d'exercer ses fonctions au sein de la société souscriptrice. La surprise s'estompe toutefois lorsque, comme en l'espèce, l'on découvre que cette incapacité était expressément cantonnée dans la police, ce que le souscripteur pouvait d'autant moins ignorer qu'il avait déjà contracté ce type d'assurance et, s'agissant du contrat litigieux, fut incité à pallier ce cantonnement par une garantie complémentaire. Dans ces circonstances, la société doit pleinement assumer les conséquences de son choix, et la décision commentée être approuvée d'avoir écarté ses prétentions.

Le demandeur aurait-il eu davantage de succès s'il s'était placé sur le terrain de la cause, telle que désormais transcrite à l'article 1170 du Code civil qui énonce : « Toute clause qui prive de sa substance l'obligation essentielle du débiteur est réputée non écrite » ? De fait, la clause qui subordonne à un taux d'invalidité de 100 % la délivrance du capital promis ne viderait-elle substantiellement l'obligation de l'assureur ? À l'analyse, il n'en est rien, car, loin d'être exceptionnel, ce taux est reconnu dans de nombreuses affections accidentelles. ■

ASSURANCE « HOMME CLÉ » – INFORMATION PRÉCONTRACTUELLE – OBLIGATION DE CONSEIL.

NOUVEAU



BANQUE & DROIT

Votre *newsletter* hebdomadaire personnalisée

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Nous vous proposons une *newsletter* hebdomadaire personnalisée composée par un moteur intelligent, à partir de vos centres d'intérêt et vos préoccupations professionnelles.

Chaque semaine, nous vous présentons cinq nouveaux articles, spécialement sélectionnés pour vous, que vous n'avez pas encore découverts. La pertinence des articles proposés s'affine au fur et à mesure des semaines, en cliquant simplement sur les liens qui vous intéressent.

À PROPOS DE BANQUE & DROIT

Banque & Droit s'adresse à tous les professionnels du monde juridique qui souhaitent décrypter l'actualité et approfondir les thèmes fondamentaux du droit applicable aux activités bancaires.

COMMENT EN PROFITER ?

- Vous êtes abonné à *Banque & Droit*

La *newsletter* hebdomadaire personnalisée vient compléter gratuitement votre abonnement en cours. Pour rappel, votre abonnement vous donne accès à tout le contenu *online* de la revue, en complément des numéros et hors-séries publiés.

- Vous n'êtes pas encore abonné à *Banque & Droit*

Il est désormais possible de recevoir une information exclusivement *online* avec le Pack *newsletter* hebdomadaire personnalisée de *Banque & Droit*. Il est accessible par abonnement, pour 3, 5, 10 accès et plus.



Pour plus d'information sur cette *newsletter* et pour vous abonner, contactez-nous par mail : service.abonnement@revue-banque.fr ou par téléphone au 01 48 00 54 26