

Titre 1 ■ Règles générales relatives aux assurances de personnes

■ Chapitre 1

Classification et caractéristiques des assurances de personnes

BIBLIOGRAPHIE

L'Argus de l'assurance

Ouvrages – F. Couilbault, S. Couilbault, N. Hadj Chaib-Candeille, Les grands principes de l'assurance, Éd. L'Argus. – Code des assurances commenté, Éd. L'Argus. – L. Chrébor, G. Leroy, C. Reulier-Gonard, Code de la mutualité commenté – Livre IX du Code de la Sécurité sociale, Éd. L'Argus. – L. Grynbaum (sous la dir. de), Assurances, Éd. L'Argus. – Le grand lexique de l'assurance, Éd. L'Argus. – R. Millot, N. Charles, E. Bocquaire, Pratique de l'assurance santé, Ed. L'Argus.

Autres documentations

Ouvrages – J. Bigot (sous la dir. de), Traité de droit des assurances, Les assurances de personnes, t. 4, LGDJ.

Section 1 ■ Définitions

Sous-section 1 ■ Définition générale

1. Les assurances de personnes sont les assurances qui couvrent les dommages atteignant la personne assurée par opposition aux assurances de biens qui couvrent les dommages causés aux biens de l'assuré. Les assurances de responsabilités quant à elles couvrent les dommages causés aux tiers. Le grand lexique de l'assurance (paru aux Éditions de L'Argus), définit les assurances de personnes comme les « assurances couvrant les risques susceptibles d'affecter une personne humaine dans son existence et son intégrité physique ».
2. Le livre 1^{er} du Code des assurances comporte un titre III sur les règles relatives aux assurances de personnes et aux opérations de capitalisation. Le premier article figurant sous ce titre se contente d'énoncer qu'en matière d'assurance sur la vie et d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par le contrat (C. assur., art. L. 131-1 ; C. mut. L. 223-2 ; CSS, art. L. 932-23 par renvoi au C. assur.).

Il précise qu'en matière d'assurance sur la vie ou d'opération de capitalisation, le capital ou la rente garantis peuvent être exprimés en unités de compte constituées de valeurs mobilières ou d'actifs offrant une protection suffisante de l'épargne investie...

3. Le Code des assurances ne définit pas les assurances de personnes car à l'évidence il existe des assurances de personnes qui sont souvent différentes (garanties, fonctionnement, modalités d'exécution) mais qui concourent toutes à garantir la personne assurée.

4. Il n'existe pas davantage de classification légale des assurances de personnes, on peut cependant les regrouper en assurances individuelles et en assurances collectives, ce qui est généralement fait dans les entreprises pour la gestion des risques en assurance vie. Pour les autres assurances, santé, dépendance, garantie des accidents de la vie, une présentation séparée semble correspondre au mode de gestion le plus répandue.

Sous-section 2 ■ Panorama des principales assurances de personnes

§ 1 ■ Les assurances santé

5. Au titre de cette assurance, l'organisme rembourse tout ou partie des frais médicaux à la charge de l'assuré social, c'est-à-dire pour l'essentiel :

- le ticket modérateur ;
- les dépassements d'honoraires ou de tarif ;
- le forfait journalier en hospitalisation ;
- la chambre particulière et autres frais liés à une hospitalisation.

6. L'article L. 911-7, I du Code de la Sécurité sociale impose aux entreprises de mettre en place, au 1^{er} janvier 2016, « une couverture collective à adhésion obligatoire en matière de remboursements complémentaires de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident... ». L'article L. 911-7, II énumère les dépenses qui doivent être prises en charge. Le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 définit le niveau des remboursements. Quatre catégories de dépenses doivent être, en tout ou partie, remboursées : le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier, les soins dentaires à hauteur de 125 % des tarifs SS, les soins optiques avec trois forfaits prévus (100, 150 et 200 €) en fonction du niveau de la correction.

§ 2 ■ L'assurance hospitalisation

7. Cette assurance peut être proposée en option dans les contrats « santé » ou peut être proposée dans un contrat autonome « hospitalisation ». Dans cette dernière hypothèse les garanties sont souvent plus étendues.

8. Peuvent être pris en charge au titre de la garantie « hospitalisation » :

- le forfait journalier en cas d'hospitalisation ;
- les frais supplémentaires pour chambre individuelle ;
- une indemnité journalière forfaitaire pendant la durée de l'hospitalisation et pour une durée maximale prévue au contrat ;
- en cas d'hospitalisation d'un enfant, prise en charge d'un lit d'accompagnement pendant une durée maximale prévue au contrat ;
- les frais d'hospitalisation à domicile ;

– les frais de garde des enfants et les frais d'aides ménagère pendant la durée d'hospitalisation de l'assuré. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive et les garanties peuvent être plus ou moins étendues selon les contrats.

§ 3 ■ L'assurance accidents corporels et maladie autres que complémentaire santé

9. Cette assurance garantit soit les maladies et accidents, soit l'un ou l'autre de ces événements. Les principaux risques couverts sont :

- l'incapacité temporaire (IT) ;
- l'invalidité permanente partielle (IPP) ou totale (IPT) ;
- la garantie hospitalisation.

10. En 2022, les cotisations « dommages corporels » et « prévoyance » autres que complémentaire santé représentent pour l'ensemble du marché 35,795 milliards d'euros en progression de 4,9 % par rapport à l'année précédente, dont assurances incapacité, invalidité, dépendance et décès accidentel 18,650 + 6,4 % et assurances décès toutes causes 17,146 + 3,2 %. Sources : Ctip, France Assureurs, FNMF

§ 4 ■ L'assurance individuelle accident

11. Cette assurance garantit exclusivement les conséquences d'un accident atteignant l'assuré et les personnes désignées au contrat ayant cette qualité. Elle prend la forme, selon les garanties souscrites, d'un capital décès, d'un capital invalidité, d'indemnités journalières et de frais de soins (prestations forfaitaires).

§ 5 ■ La garantie des accidents de la vie

12. Cette assurance garantit les préjudices résultant d'événements accidentels qui surviennent dans la vie privée de l'assuré, âgé de moins de 65 ans, dès lors que l'accident entraîne le décès de l'assuré ou que l'incapacité permanente imputable directement à l'accident est au moins égale à 30 %.

Certains assureurs proposent une garantie dès que l'incapacité permanente atteint 10 %. Les accidents subis par l'assuré dans le cadre des loisirs (sports, voyages...) font partie de l'objet de la garantie.

13. L'assureur prend en charge le préjudice d'incapacité permanente y compris les frais d'aménagement, le préjudice esthétique, le préjudice d'agrément et les souffrances endurées dès lors que l'incapacité permanente imputable directement à l'accident est au moins égale au pourcentage fixé au contrat. En cas de décès de l'assuré, l'assureur indemnise les préjudices économiques et moraux subis par les ayants droit de l'assuré. Le cumul des indemnités versées par l'assureur ne peut dépasser un montant fixé au contrat, par exemple 1 million d'euros par victime.

§ 6 ■ L'assurance dépendance

14. L'assurance dépendance permet à l'assuré de percevoir une rente viagère s'il vient à être dépendant au sens des stipulations du contrat. Certains contrats garantissent uniquement la dépendance totale, d'autres couvrent également la dépendance partielle.

15. La dépendance totale, dont la définition varie selon les contrats, correspond à la situation de l'assuré qui ne peut plus effectuer seul trois des quatre actes de la vie quotidienne (s'alimenter, s'habiller, se déplacer, se laver) et qui a besoin de façon constante de l'assistance d'une tierce personne.
16. La garantie peut également être accordée en cas de démence sénile invalidante ou de maladie d'Alzheimer.
17. L'assuré doit justifier, de plus, du recours d'une manière constante à des services de soins à domicile ou d'une hospitalisation en centre de long séjour.
18. Lorsque la dépendance partielle est reconnue la rente est minorée ; la définition de la dépendance partielle varie selon les contrats. Cela peut être par exemple, le fait de devoir être assisté pour effectuer les actes de la vie quotidienne lorsque l'assuré ne peut effectuer ces actes que partiellement.

§ 7 ■ L'assurance vie individuelle

A ■ Assurance vie et épargne

19. L'assurance s'apparente dans ce cas à une opération d'épargne. L'assuré, plutôt que de gérer son argent, le confie à un assureur. Ce dernier fait fructifier les sommes investies par l'assuré et les lui reverse sous forme de capital ou de rente à une date prédéterminée, si l'assuré est en vie.

En cas de décès de l'assuré avant le terme, l'épargne constituée est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

20. Juridiquement ces assurances sont qualifiées de contrats d'assurance mixtes. Ainsi, dans un communiqué du 22 février 2008, la Cour de cassation a précisé que : « Les contrats d'assurance vie dits "mixtes" combinent au sein d'une police unique une assurance en cas de vie et une assurance en cas de décès : l'assureur s'engage à payer le capital assuré, soit au terme du contrat si l'assuré est alors en vie, soit au décès de l'assuré si celui-ci meurt avant l'échéance. Ils permettent donc de réaliser à la fois une opération d'épargne et une opération de prévoyance » (source : Service de documentation et d'études, communiqué publié à la suite de l'arrêt : Cass. Ch. mixte, 22 févr. 2008, n° 06-11.934). La fiscalité, tant en cas de vie qu'en cas de décès, est particulièrement avantageuse.

Les primes peuvent être uniques, périodiques ou, à versements libres. L'investissement peut se faire dans des contrats en euros ou dans des contrats en unités de compte (SICAV ou FCP d'actions, d'obligations, SCPI, devises...). De plus en plus, les contrats souscrits sont des multi-supports comportant de nombreuses unités de compte. L'assuré peut ainsi choisir les supports sur lesquels il souhaite investir et procéder à des arbitrages entre ces différents supports. Alternative entre les fonds en euros et en unités de compte, les contrats eurocroissance allient sécurité et rendement (voir description et fonctionnement ci-après).

B ■ Assurance vie et retraite

21. Les personnes partant à la retraite voient leur niveau de vie diminuer considérablement. Le montant des retraites est en effet très inférieur aux derniers revenus. Les futurs retraités peuvent donc souscrire des contrats de retraite complémentaire. Ils permettent à l'assuré de bénéficier, à une date déterminée, d'une rente viagère pouvant répondre à ce besoin. Ainsi, l'assuré souscrit un contrat alors qu'il est encore en activité, par exemple à l'âge de 40 ans. Il verse des primes jusqu'à l'âge de son départ en retraite et à cette date l'assureur commence le versement d'une rente viagère, c'est-à-dire jusqu'au décès de l'assuré.

C ■ Assurance vie et prévoyance

22. L'assurance vie prend ici la forme d'une assurance en cas de décès. Le décès de l'assuré entraîne le versement du capital, prévu au contrat, à un bénéficiaire désigné. Le capital est « hors succession » et bénéficie d'une fiscalité favorable. Cette assurance permet à l'assuré de garantir l'avenir de toute personne à sa charge. En plus de la garantie décès, des garanties invalidité et doublement du capital en cas de décès accidentel peuvent être prévues. L'assurance obsèques est une assurance en cas de décès au profit d'un opérateur funéraire.

D ■ Assurance vie et emprunt

23. L'assurance vie contribue au développement du crédit. En effet, les organismes prêteurs, banques ou sociétés de crédit, acceptent plus facilement d'accorder des prêts quand ils savent que l'emprunteur possède une garantie en cas de décès et d'invalidité et qu'il dispose d'un contrat d'assurance vie épargne qu'il peut donner en nantissement de son emprunt.

Ainsi, si l'emprunteur vient à mourir ou devient invalide, l'assureur, au titre de la garantie décès invalidité, se substitue à lui pour rembourser l'organisme prêteur.

Si l'emprunteur, pour une autre cause, cesse de rembourser son crédit, l'organisme prêteur pourra se faire rembourser directement sur la valeur du contrat d'assurance vie épargne qui lui a été donné en nantissement.

E ■ Les contrats épargne handicap et rentes survies

1 ■ Les contrats « épargne handicap »

24. Les contrats « épargne handicap » sont destinés à garantir le versement d'un capital ou d'une rente viagère à l'assuré atteint, lors de la conclusion du contrat, d'une infirmité qui l'empêche de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle. Ces contrats permettent à leurs souscripteurs de bénéficier d'une réduction d'impôt.

2 ■ Les contrats « rentes survies »

25. Les contrats d'assurance en cas de décès (dit « rente-survie ») garantissent le versement d'un capital ou d'une rente viagère à un enfant de l'assuré atteint d'une infirmité qui l'empêche :
– soit de se livrer, dans des conditions normales de rentabilité, à une activité professionnelle ;
– soit, s'il est âgé de moins de dix-huit ans, d'acquérir une instruction ou une formation professionnelle d'un niveau normal.

F ■ Les contrats de capitalisation

26. Le contrat de capitalisation – ou bon de capitalisation –, est un placement financier qui permet au souscripteur de réaliser une opération d'épargne.

Le souscripteur verse une prime unique ou des primes périodiques et, en contrepartie, l'assureur s'engage à capitaliser la (les) prime(s), pendant la durée du contrat qui est de huit ans minimum. Les anciens bons de capitalisation comportaient, chaque année, un tirage au sort qui permettait aux gagnants du tirage d'être remboursés par anticipation ; ce système est aujourd'hui exceptionnel.

27. Contrairement au contrat d'assurance, le contrat de capitalisation ne comporte pas d'aléa. Cette distinction fondamentale a été mise en évidence par la Cour de cassation dès 1937 (Civ. 1^{re}, 29 déc. 1937, RGAT 1938. 249) ; la Cour de cassation affirme : « on ne saurait assimiler à un contrat d'assurance le contrat de capitalisation qui a pour but la constitution, au moyen de

versements successifs, d'un capital déterminé à l'avance et devant être remboursé soit à une date fixée, soit par anticipation, par voie de tirage au sort ».

G ■ L'assurance obsèques

- 28.** Les formules de financement en prévision d'obsèques sont des contrats d'assurance en cas de décès, qui peuvent prendre deux formes :
- les contrats « en capital », conclus avec une société d'assurance, qui permettent de constituer une épargne pour financer les frais d'obsèques ou qui garantissent le versement d'un capital décès, déterminé à l'avance, dans le but de financer les obsèques ;
 - les contrats prévoyant des prestations d'obsèques à l'avance, qui incluent, en plus du contrat d'assurance, un contrat de prestations funéraires conclu avec un opérateur funéraire habilité.

§ 8 ■ Les assurances collectives

- 29.** Le chiffre d'affaires « assurances collectives » en euros, tous acteurs confondus, ressort à 26,5 milliards d'euros en 2020 (source FFA), toutes garanties mentionnées aux B incluses.

A ■ Domaine et réglementation de l'assurance collective

- 30.** Le développement des assurances de groupes (ou collectives) est lié à la mise en place des différents régimes sociaux obligatoires. Ces assurances visent à compléter la couverture sociale tant des salariés que des indépendants. En outre, elles jouent un rôle capital en matière de crédit.

1 ■ La protection sociale des salariés

- 31.** Le régime général ne couvre qu'une partie des risques sociaux des salariés :
- pour les frais de soins, le ticket modérateur reste à la charge de l'assuré social (sauf cas particuliers) ;
 - les indemnités journalières ne compensent que partiellement les pertes de salaires en cas d'arrêt de travail ;
 - les garanties invalidité et décès (hors accidents du travail) sont très limitées ;
 - la retraite de base est relativement faible. Elle est complétée par la retraite complémentaire obligatoire (généralisée en 1972). Malgré cela, la pension globale versée aux retraités peut se révéler insuffisante.
- 32.** Les conventions collectives, de plus en plus nombreuses, ont prévu l'octroi d'avantages sociaux supplémentaires venant pallier les insuffisances des garanties obligatoires. Ces conventions collectives ont donné naissance à de très nombreux contrats d'assurance de groupe et incité les salariés qui n'en bénéficiaient pas à rechercher une couverture complémentaire.

2 ■ La protection sociale des travailleurs indépendants

- 33.** Qu'ils fassent partie du secteur agricole ou non, les travailleurs indépendants bénéficient d'une protection sociale obligatoire qui peut s'avérer insuffisante :
- en cas d'invalidité ou de décès, les garanties sont très réduites ;
 - les pensions de retraite sont particulièrement faibles. Aussi les assurances de groupe ont-elles, ici encore, un rôle important pour compléter les régimes sociaux de base.

3 ■ Les prêts bancaires et les ventes à crédit

34. Une troisième catégorie d'assurance de groupe concerne les organismes de prêts (banques, sociétés de construction) ou de vente à crédit. L'assurance de groupe a alors pour but :

- en cas de décès du client, le paiement à l'organisme prêteur d'un capital égal à la fraction du crédit ou du prêt non encore remboursée ;
- en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité du client, la substitution à ce dernier pour le paiement des termes de remboursements venant à échéance.

B ■ Les différentes garanties de l'assurance collective

1 ■ Le décès

35. L'assureur garantit le paiement d'un capital ou d'une rente aux bénéficiaires. Les exclusions sont limitées à celles prévues par le Code des assurances et le Code de la mutualité. Pour les groupes de salariés, le capital est calculé en fonction du salaire annuel et de la situation de famille de chaque salarié.

Pour les travailleurs indépendants, le montant de garantie est forfaitaire. Pour les contrats liés à des opérations de crédit, c'est bien entendu le solde restant dû qui est garanti.

2 ■ L'incapacité de travail

36. La garantie consiste à verser une indemnité journalière à l'assuré, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'organisme souscripteur (entreprise pour le salarié).

Une franchise en jours est prévue dont la durée varie selon les contrats.

Tous les contrats collectifs introduisent une clause selon laquelle le cumul des revenus ou des indemnités prévues par ailleurs et des sommes versées par l'assureur ne peut excéder les revenus habituels de l'assuré. La garantie incapacité de travail (IT) peut être accordée aussi bien pour des salariés que pour des non salariés.

3 ■ L'invalidité

37. En cas d'invalidité permanente partielle (IPP) ou totale (IPT), l'assureur verse une rente, en général trimestrielle, proportionnée aux revenus du salarié.

De nombreux contrats se réfèrent aux critères retenus par la Sécurité sociale en matière de pension d'invalidité à la suite d'un événement autre qu'un accident du travail. Ainsi, la rente est généralement majorée en cas de besoin d'assistance d'une tierce personne.

4 ■ L'exonération du paiement des cotisations

38. Lorsque l'assuré perçoit les indemnités « incapacité temporaire » ou « invalidité », la garantie décès est maintenue. Les cotisations cessent d'être dues à compter d'une date précisée au contrat : par exemple, date du début de la garantie incapacité de travail (à l'expiration de la franchise) ou date de la reconnaissance de l'invalidité permanente partielle.

5 ■ Le remboursement des frais de soins

39. Il s'agit de la garantie du ticket modérateur et de la couverture de certains dépassements. La couverture peut être totale ou limitée à certaines catégories de frais. Une franchise par année est très souvent prévue.

6 ■ La retraite supplémentaire

40. Les assureurs peuvent proposer aux entreprises des contrats garantissant un troisième « étage » de retraite aux salariés, en sus de la retraite de base et de la retraite complémentaire. On parle de retraite « supplémentaire » (ou « sur complémentaire »).

Compte tenu des préoccupations actuelles, les assureurs groupes ont mis au point une grande diversité de formules qui recueillent un succès certain, surtout lorsqu'elles sont assorties d'avantages fiscaux.

Les garanties « retraite » sont gérées en capitalisation selon un compte individualisé par salarié. Les fonds peuvent être en euros ou en unités de compte. Le contrat collectif peut être aussi exprimé en points (C. assur., art. L. 441-1).

Le PERP et le PERCO ainsi que les contrats Madelin réservés aux travailleurs indépendants constituent un cadre juridique et fiscal attrayant pour la retraite complémentaire.

Section 2 ■ Gestion en capitalisation et gestion en répartition

Sous-section 1 ■ Distinction

41. La distinction entre assurances gérées en répartition et assurances gérées en capitalisation correspond à une différence de gestion des risques. Les risques sont gérés en répartition lorsqu'il s'agit de répartir les primes payées par les assurés au cours d'un exercice pour couvrir les sinistres survenus au cours de ce même exercice. Les risques sont ainsi mutualisés et les primes sont réparties afin de permettre à l'organisme assureur de faire face à la masse des sinistres survenus au cours de l'exercice ainsi qu'à l'ensemble de ses frais.

42. Les assurances santé, maladie accidents, individuelle accidents, garantie des accidents de la vie sont généralement gérées selon la technique de répartition.

43. Les risques sont gérés en capitalisation lorsque les primes versées par les assurés sont capitalisées dans le but de constituer les capitaux ou rentes qui seront dus au terme des contrats. Les assurances vie, décès et retraite correspondent à cette technique de gestion.

44. La distinction entre répartition et capitalisation ne recouvre pas celle opérée entre assurances de dommages et assurances de personnes, en effet les assurances gérées en capitalisation ne concernent qu'une partie des assurances de personnes.

Les assurances gérées en capitalisation figurent dans les branches 20 à 26 de l'article R. 321-1 du Code des assurances et concernent les opérations visant « en échange de versements uniques ou périodiques » à payer un capital déterminé à l'échéance du contrat ou par anticipation. La retraite, régie par les articles L. 441-1 du Code des assurances, relève également des assurances gérées par capitalisation.

45. Dans son lexique, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA devenue Fédération Française de l'Assurance, puis France Assureurs début 2022), en donne les définitions suivantes :

« – La capitalisation est une technique de gestion financière : l'assureur place une partie des primes collectées pour les faire fructifier et réinvestit les revenus financiers ainsi obtenus de manière à accroître la somme initiale.

L'assureur constitue de cette manière un capital qui lui servira à payer, au moment voulu, la prestation prévue dans le contrat. La capitalisation concerne les assurances qui présentent les particularités suivantes :

- * elles sont souscrites pour une longue période et comportent un aspect épargne ;
- * elles portent sur des risques non constants dont la fréquence augmente ou diminue au cours du contrat. C'est le cas de la probabilité de décès ou de survie de la personne humaine.

– La gestion par répartition consiste, pour l'assureur, à indemniser les assurés sinistrés au cours d'une année avec les cotisations payées par l'ensemble des assurés au cours de cette même année. Cette répartition s'opère par année : les cotisations de l'année paient les sinistres de l'année. Les assurances de biens et de responsabilité ainsi que certaines assurances de personnes comme les assurances complémentaires santé et dommages corporels sont gérées en répartition. »

Sous-section 2 ■ Les provisions techniques

§ 1 ■ Les provisions pour les risques gérés en capitalisation (assurance vie)

46. Ce point est également traité dans le Titre 2 « Règles techniques des assurances de personnes » de la première partie de l'ouvrage.

A ■ Principe

47. L'assurance vie gérée en capitalisation fait l'objet de provisions spécifiques pour tenir compte des primes qui sont détenus par l'assureur sur plusieurs exercices. Les principales provisions techniques correspondant aux opérations d'assurance sur la vie et mentionnées à l'article R. 343-3 du Code des assurances (Décr. n° 2015-513 du 7 mai 2015) sont les suivantes.

B ■ La provision mathématique

48. La provision mathématique correspond à la différence entre les valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés.

C ■ La provision pour participation aux bénéfices

49. La provision pour participation aux bénéfices correspond au montant des participations aux bénéfices attribuées aux bénéficiaires de contrats lorsque ces bénéfices ne sont pas payables immédiatement après la liquidation de l'exercice qui les a produits.

D ■ La réserve de capitalisation

50. La réserve de capitalisation est destinée à parer à la dépréciation des valeurs comprises dans l'actif de l'entreprise et à la diminution de leur revenu.

E ■ La provision de gestion

51. La provision de gestion est destinée à couvrir les charges de gestion future des contrats non couvertes par ailleurs.

F ■ La provision pour aléas financiers

52. La provision pour aléas financiers est destinée à compenser la baisse de rendement de l'actif.

G ■ La provision pour risque d'exigibilité

53. La provision pour risque d'exigibilité est une provision destinée à faire face aux engagements dans le cas de moins-value de l'ensemble des actifs mentionnés à l'article R. 343-10. La provision à constituer est calculée dans les conditions définies à l'article R. 343-5 du Code des assurances.

H ■ La provision pour frais d'acquisition reportés

54. La provision pour frais d'acquisition reportés est une provision destinée à couvrir les charges résultant du report des frais d'acquisition constaté.

I ■ La provision pour égalisation

55. La provision pour égalisation est destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité afférentes aux opérations d'assurance de groupe contre le risque décès.

J ■ La provision de diversification

56. La provision de diversification est, pour les engagements mentionnés à l'article L. 134-1 du Code des assurances, une provision destinée à absorber les fluctuations des actifs affectés à ces engagements et sur laquelle chaque souscripteur ou adhérent détient des droits individualisés sous forme de parts. Cette provision est abondée par tout ou partie des primes versées par les souscripteurs ou adhérents et par la part des résultats de la comptabilité auxiliaire d'affectation correspondante qui n'est pas affectée sous forme de provision mathématique ou de provision collective de diversification différée. Elle peut être également abondée par la reprise de la provision collective de diversification différée. Elle est réduite par imputation des pertes, par imputation des frais, par prélèvements au titre des prestations servies et par conversion des parts des souscripteurs ou adhérents en provision mathématique.

K ■ Provision pour garantie à terme

57. Elle est introduite par le décret n° 2019-437 du 23 décembre 2019 dans le cadre du contrat eurocroissance : pour les engagements relevant du 2° de l'article L. 134-1, provision destinée à faire face à une insuffisance d'actifs au regard des garanties à échéance contractées.

L ■ La provision de diversification différée

58. La provision collective de diversification différée est, pour les engagements relevant de l'article L. 134-1 du Code des assurances, une provision destinée au lissage de la valeur de rachat des contrats. Cette provision peut être abondée, dans les limites et conditions définies par arrêté du ministre chargé de l'Économie, par la part des résultats qui n'est pas affectée sous forme de provision mathématique ou de provision de diversification. Cette provision est reprise et donne lieu à une dotation de même montant à la provision de diversification, dans les conditions prévues par arrêté du ministre chargé de l'Économie.

§ 2 ■ Les principales provisions techniques pour les risques gérés en répartition (assurance non-vie)

59. Les principales provisions techniques pour les risques gérés en répartition, mentionnées à l'article R. 343-7 du Code des assurances [Décr. n° 2015-513 du 7 mai 2015] sont les suivantes.

A ■ La provision mathématique des rentes

60. La provision mathématique des rentes correspond à la valeur actuelle des engagements de l'entreprise en ce qui concerne les rentes et accessoires de rentes mis à sa charge.

B ■ La provision pour primes non acquises

61. La provision pour primes non acquises est destinée à couvrir, pour l'ensemble des contrats en cours, la part des primes émises et des primes restant à émettre se rapportant à la période comprise entre la date de l'inventaire et la date de la prochaine échéance de prime ou, à défaut, du terme du contrat.

C ■ La provision pour risques en cours

62. La provision pour risques en cours est destinée à couvrir, pour l'ensemble des contrats en cours, la charge des sinistres et des frais afférents aux contrats, pour la période s'écoulant entre la date de l'inventaire et la date de la première échéance de prime pouvant donner lieu à révision de la prime par l'assureur ou, à défaut, entre la date de l'inventaire et le terme du contrat, pour la part de ce coût qui n'est pas couverte par la provision pour primes non acquises.

D ■ La provision pour sinistres à payer

1 ■ Objet

63. La provision pour sinistre à payer doit correspondre à la valeur estimative des dépenses en principal et en frais, tant internes qu'externes, nécessaires au règlement de tous les sinistres survenus et non payés, y compris les capitaux constitutifs des rentes non encore mises à la charge de l'entreprise.

2 ■ Principes de calcul

64. La provision pour sinistres à payer est calculée exercice par exercice.

65. L'évaluation des sinistres connus est effectuée dossier par dossier, le coût d'un dossier comprenant toutes les charges externes individualisables ; elle est augmentée d'une estimation du coût des sinistres survenus mais non déclarés. La provision pour sinistres à payer doit toujours être calculée pour son montant brut, sans tenir compte des recours à exercer ; les recours à recevoir font l'objet d'une évaluation distincte.

66. Par dérogation, l'entreprise peut, avec l'accord de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, utiliser des méthodes statistiques pour l'estimation des sinistres survenus au cours des deux derniers exercices.

67. La provision pour sinistres à payer est complétée, à titre de chargement, par une évaluation des charges de gestion qui, compte tenu des éléments déjà inclus dans la provision, doit être suffisante pour liquider tous les sinistres.

E ■ La provision pour risques croissants

68. La provision pour risques croissants qui peut être exigée pour les opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité est égale à la différence des valeurs actuelles des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés.