

**RAPPORT DU GOUVERNEMENT  
RELATIF AUX CONTRATS  
D'ASSURANCE VIE NON RECLAMES**

**- JUIN 2009 –**

## Résumé

*Avant 2003, l'environnement législatif n'empêchait pas le développement du phénomène des contrats d'assurance vie non réclamés. Les assureurs pouvaient être confrontés à de nombreux problèmes pratiques pour respecter les volontés des assurés. Ils étaient difficilement informés des décès. La législation ne facilitait pas l'identification et/ou la localisation des bénéficiaires. Enfin, les assurés ou leurs bénéficiaires ne disposaient pas des moyens de faire valoir leurs droits. Dans ces conditions, il n'est pas surprenant qu'un stock de contrats non réclamés ait pu se constituer.*

*Conscients de ce problème, les pouvoirs publics ont procédé à différentes réformes entre 2003 et décembre 2007 :*

- *Depuis 2005, toute personne peut demander à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice par une personne dont elle apporte la preuve du décès.*
- *Avec la loi du 17 décembre 2007, la France s'est dotée d'un arsenal complet de mesures visant à réduire massivement et rapidement l'ampleur du phénomène :*
  - *Les assureurs ont désormais l'obligation de s'informer du décès éventuel de leurs assurés.*
  - *Pour y parvenir, ils sont autorisés et tenus de consulter le Répertoire National d'Identification des Personnes Privées (RNIPP) qui recense les décès.*
  - *Ils ont également l'obligation de rechercher les bénéficiaires et de les informer de la stipulation dès qu'ils ont connaissance du décès.*
  - *L'assureur a en outre l'obligation de rémunérer le capital garanti pendant la période de recherche des bénéficiaires et est incité à verser rapidement ce capital dès que le bénéficiaire a été identifié.*
  - *Enfin, la réforme de la clause bénéficiaire permet à tout assuré d'informer son bénéficiaire de la stipulation, sans courir le risque d'une acceptation à son insu ou contre son gré.*

*Etant par nature impossible à quantifier précisément, le phénomène fait l'objet de débats sur son ampleur. Une société de recherches de bénéficiaires évoque un montant de plus de 5 Mds EUR en 2009. La méthode de calcul est utile mais très approximative. Elle ne peut par ailleurs donner aucune indication sur l'évolution dans le temps du phénomène. A cet égard, elle ne permet pas de détecter l'impact des réponses apportées notamment en 2005 et 2007 par les pouvoirs publics.*

*Les enquêtes FFSA, qui s'appuient sur une analyse des bases clients des assureurs, indiquent pour leur part une réduction du phénomène, avec un encours de contrats non réclamés estimé à 700 millions EUR en 2009 contre 950 millions EUR en 2006.*

*Au-delà de l'évaluation du montant des contrats, l'efficacité des dispositifs mis en œuvre par les pouvoirs publics peut également se mesurer à partir des statistiques (i) de versement des assureurs et (ii) d'activité des dispositifs AGIRA 1 et 2.*

*En cas de dénouement par décès, les assureurs – témoignant ainsi d'une capacité certaine à respecter leurs engagements – versent en moins de 5 ans plus de 99% des capitaux dus. Leur niveau d'information est par ailleurs complété par les deux dispositifs d'informations mis en place à la suite des lois de 2005 et 2007 au travers de l'association AGIRA (Association pour la Gestion des Informations Relative aux Risques en Assurances).*

*Avec le dispositif AGIRA 1 mis en place à la suite de la loi de 2005, tout particulier pensant avoir été désigné comme bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie peut se le faire confirmer à partir de l'envoi d'une unique demande qui est ensuite retransmise à l'ensemble des assureurs. En deux années et demie d'existence, ce dispositif a déjà permis de verser un montant important de capitaux.*

***Efficacité opérationnelle du dispositif AGIRA 1 : total depuis mai 2006***

<b>Nombre de demandes reçues</b>	<b>37 888</b>
<b>Dossiers ouverts grâce au dispositif et capitaux recouvrés</b>	<b>4 305 dossiers / 118 M €</b>
<b>Dossiers transmis à l'AGIRA, qui étaient déjà en cours de traitement chez les assureurs, et capitaux recouvrés</b>	<b>17 297 dossiers / 322 M €</b>

Source : AGIRA

*Avec le dispositif AGIRA 2, les assureurs disposent depuis le début du mois de mars 2009 d'un outil de consultation du RNIPP afin d'identifier des personnes décédées au sein de leur population d'assurés. Ce très jeune dispositif est fortement utilisé avec 470 000 demandes reçues en trois mois. Il a d'ores et déjà permis d'identifier 50 000 dossiers, pour lesquels un travail d'identification formelle est en cours. Ce travail, pouvant être long, a conduit à ce stade à l'identification de 150 personnes pour des capitaux de 6 millions EUR.*

*Le Gouvernement publiera un nouveau rapport de suivi au mois de juin 2010.*

## Introduction

Avec des avoirs de plus de 1 140 Mds EUR à la fin 2008, l'assurance vie a connu un fort développement depuis les années 1980, avec un total annuel de primes versées qui a été multiplié par plus de vingt. En 2008, les Français y ont ainsi déposé plus de 122 Mds EUR, tandis que les assureurs ont versé plus de 94 Mds EUR de prestations<sup>1</sup>.

Une grande partie des prestations versées est le fait de rachats de la part d'assurés désirant retrouver leurs liquidités (62 Mds EUR en 2008) pour financer un projet. Le paiement d'une rente (4 Mds EUR) et l'arrivée à terme du contrat (7 Mds EUR) expliquent une autre partie des versements effectués par les assureurs. Le complément à ces prestations est le dénouement par décès (21 Mds EUR). En effet, la quasi-totalité des contrats d'assurance vie, qui promettent le versement d'un capital en cas de vie de l'assuré au terme du contrat, disposent en outre d'une contre-assurance décès prévoyant le versement d'un capital, en cas de décès de l'assuré, à un bénéficiaire désigné précédemment.

### *L'assurance vie en 2008*

Primes Collectées	Prestations Versées				
	Total	dont Rachats	dont Rente	dont Arrivée à terme	dont Dénouement par décès
122 Mrd €	94 Mrd €	62 Mrd €	4 Mrd €	7 Mrd €	21 Mrd €

Source : FFSA

Cependant, chaque année, le secteur de l'assurance ne règle pas l'intégralité des prestations qu'il aurait distribuées si le dispositif d'informations était parfait. L'ampleur de ce phénomène est sujette à débat, mais sa réalité n'est pas démentie. L'assureur n'a en effet pas connaissance de l'ensemble des décès intervenus parmi ses assurés et n'engage donc pas de façon exhaustive la procédure de versement d'un capital décès. Par ailleurs, quand il a connaissance du décès, ou en cas de vie au terme d'un contrat, l'assureur peut être dans l'incapacité d'en identifier nommément le bénéficiaire ou de le retrouver, faute de disposer d'éléments suffisants.

Un débat a été engagé dans la société française à la fin des années 1990, à la suite de la mission d'étude sur la spoliation des Juifs de France, dite mission Mattéoli<sup>2</sup>. A cette occasion, les assureurs ont procédé à des enquêtes au sein de leurs portefeuilles clients et le phénomène plus large des contrats non réclamés a surgi. Les problèmes à dimension éthique de la conservation dans le bilan des assureurs de sommes qu'ils auraient dû distribuer aux bénéficiaires concernés ont conduit le Gouvernement et le Parlement à procéder à différentes réformes législatives au cours des années 2000. Celles-ci visent, par un système de multiples incitations, à améliorer la qualité de l'information des assureurs sur les décès intervenus parmi leurs assurés et à accroître la capacité d'identification des bénéficiaires.

<sup>1</sup> Source : Marché de l'assurance vie, Suivi mensuel n°78, FFSA.

<sup>2</sup> Mission installée en mars 1997 par le Premier Ministre Alain Juppé et présidée par Jean Mattéoli.

La dernière loi portant sur le sujet est la loi n° 2007-1775 du 17 décembre 2007. Ce rapport est la réponse à l'article 4 de cette loi, qui prévoit la remise d'un rapport au Parlement par le Gouvernement. Il s'attache tout d'abord à présenter les divers défauts du dispositif antérieur qui ont conduit à l'apparition d'un stock de contrats non réclamés, et fait le point sur les différentes méthodes proposées pour appréhender l'ampleur du phénomène (1). Il présente ensuite les solutions apportées par la loi de Sécurité Financière du 1<sup>er</sup> août 2003, par les articles 7 et 8 de la loi DDAC n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 et par la loi n° 2007-1775 du 17 décembre 2007, ainsi que les dispositions réglementaires auxquelles elles ont conduit (2). Enfin, le rapport tire un bilan de l'ensemble de ces mesures et l'illustre avec les sommes précédemment non réclamées qui ont pu être versées à leurs bénéficiaires ainsi que celles qui ont été versées au FRR au titre de l'article 18 de la loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007 en vertu de leur prescription (3).

## Table des matières

Résumé .....	2
Introduction .....	4
<b>I. Avant 2003, l'environnement législatif ne prévenait pas le développement du phénomène des contrats d'assurance vie non réclamés.....</b>	<b>8</b>
a) L'assureur était confronté à de multiples problèmes pratiques pour respecter les volontés exprimées par les assurés lors de la souscription du contrat. ....	8
b) Les assurés ou leurs bénéficiaires n'étaient pas toujours en mesure de compléter les lacunes en information des assureurs et faire ainsi valoir leurs droits. ....	8
c) Compte tenu de l'importance de l'assurance vie dans l'épargne des Français, les montants en jeu sont conséquents, même si leur estimation fait l'objet de débats méthodologiques. ....	9
<b>II. Depuis 2003, les Pouvoirs Publics se sont accordés sur un ensemble de dispositions visant à traiter le phénomène des contrats non réclamés en apportant aux problèmes identifiés un double type de réponses, préventif et curatif.....</b>	<b>12</b>
a) L'information des assureurs des décès au sein de la population de leurs assurés a été améliorée. ....	12
b) L'identification et la localisation des bénéficiaires ont été facilitées.....	13
c) Les assureurs sont mieux informés des événements intervenant dans la vie de leurs assurés. ....	14
<b>III. Bien qu'il ne soit totalement opérationnel que depuis quelques mois et que certaines mesures ne peuvent s'apprécier que sur le long terme, le dispositif législatif a déjà permis de réduire l'encours des contrats non réclamés.....</b>	<b>15</b>
a) Grâce au dispositif issu de la loi de 2005, des milliers de bénéficiaires ont pu être retrouvés et les assureurs ont déjà versé un montant important de capitaux.....	15
b) Le dispositif issu de la loi de décembre 2007 est prometteur car déjà très utilisé, bien qu'en vigueur depuis seulement mars 2009. ....	16
c) Comme attendu, les sommes allouées au FRR sont faibles. ....	17
Conclusion.....	19
Liste des personnes rencontrées.....	21



## **I. Avant 2003, l'environnement législatif ne prévenait pas le développement du phénomène des contrats d'assurance vie non réclamés.**

### ***a) L'assureur était confronté à de multiples problèmes pratiques pour respecter les volontés exprimées par les assurés lors de la souscription du contrat.***

La réalité du phénomène des contrats non réclamés n'est pas démentie et concerne deux types de dénouement d'un contrat d'assurance-vie pour lesquels les informations nécessaires à l'assureur ne lui sont pas toujours immédiatement disponibles.

En cas de vie, il arrive qu'au terme du contrat, l'assureur ne puisse pas retrouver son assuré si celui-ci a changé d'adresse sans l'en avertir. L'assuré peut même parfois avoir oublié qu'il est détenteur d'un contrat. En cas de décès de l'assuré, l'assureur peut être confronté à un double problème pour s'acquitter de ses obligations. Il n'a en effet pas nécessairement connaissance du décès de son assuré et quand il a connaissance de celui-ci, l'identification et la localisation des bénéficiaires n'est pas toujours possible. Les bénéficiaires peuvent être nominativement désignés et il s'agit dans ce cas de les retrouver. Les bénéficiaires sont toutefois souvent désignés par une clause type du style « son conjoint, à défaut ses enfants nés et à naître, vivant ou représentés, à défaut ses héritiers à parts égales ». L'assureur est alors confronté aux problèmes d'identification puis de localisation de ces bénéficiaires, problèmes accentués par ailleurs du fait des évolutions de la société – recomposition des familles et mobilité géographique plus importante notamment.

Afin de lutter contre le développement des lacunes en information de l'assureur, la mise en place d'un mécanisme incitant ce dernier à s'informer du décès de ses assurés et à rechercher les bénéficiaires quand il en a eu connaissance est alors apparue indispensable. Cette mesure a fait l'objet d'aménagements législatifs entre 2003 et 2007.

### ***b) Les assurés ou leurs bénéficiaires n'étaient pas toujours en mesure de compléter les lacunes en information des assureurs et faire ainsi valoir leurs droits.***

Du fait de possibles lacunes en information de l'assureur, il est important que l'assuré et ses bénéficiaires fassent aussi preuve de vigilance. Ils n'en ont cependant pas toujours la possibilité. En cas de vie, l'oubli d'un contrat d'assurance vie peut intervenir parmi les souscripteurs les plus âgés, par exemple. Pour un dénouement en cas de décès, le bénéficiaire peut ne pas se manifester car n'ayant pas été prévenu de la stipulation à son profit. En effet, les textes précédemment en vigueur faisaient craindre à l'assuré que l'acceptation de la stipulation du bénéficiaire ne bloque sa faculté à disposer des sommes placées sur le contrat (rachat partiel, changement de bénéficiaire). Comme par ailleurs cette acceptation par le bénéficiaire était unilatérale, le souscripteur pouvait préférer maintenir secrète la stipulation plutôt que prendre le risque d'une acceptation contre sa volonté ou à son insu.

Un aménagement des textes favorisant la communication des informations entre souscripteurs et bénéficiaires au sujet de la stipulation est alors apparu nécessaire, et a été effectué par la loi n° 2007-1775 du 17 décembre 2007.

***c) Compte tenu de l'importance de l'assurance vie dans l'épargne des Français, les montants en jeu sont conséquents, même si leur estimation fait l'objet de débats méthodologiques.***

Si les raisons de l'apparition du phénomène des contrats non réclamés sont nombreuses, son développement se heurte à différentes limites naturelles puisque dans plus de 80% des cas, le bénéficiaire d'un contrat d'assurance-vie est le souscripteur lui-même et que pour les 20% de cas restants (dénouement par décès), le bénéficiaire est environ huit fois sur dix le conjoint ou les enfants de l'assuré<sup>3</sup> ; ce dernier point n'est pas, malgré tout, la garantie d'une identification et d'une localisation aisées. Du fait de sa proximité avec les assurés, le réseau de distribution de l'assurance vie – agents généraux, courtiers, réseaux salariés ou établissements bancaires – garantit une certaine qualité d'information. Cette dernière a d'ailleurs tendance à progresser puisque les réseaux bancaires qui assurent maintenant près de 60% de la collecte en assurance vie commercialisent toute une gamme de produits, et notamment des comptes bancaires, pour lesquels un contact proche et régulier avec les clients est requis. Il n'en demeure pas moins que compte tenu des montants importants gérés par les assureurs, une proportion assez faible de l'encours peut représenter des sommes dont l'unité de mesure est le milliard d'Euro.

La FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurances) a proposé une série d'estimations de l'ampleur du phénomène en se basant sur diverses enquêtes réalisées auprès de ses principaux adhérents en 2000, en 2006 et enfin en 2009.

La première enquête de la FFSA, réalisée en 2000 sur les encours à la fin de l'année 1999, a estimé à 970 millions d'Euros l'encours représenté par les contrats non réclamés<sup>4</sup>. La méthodologie retenue en 2000 s'inscrivait dans le cadre de la recherche des contrats en déshérence depuis la seconde guerre mondiale.

L'enquête réalisée en 2006 diffère en termes d'objet et donc de méthodologie, et porte sur un échantillon un peu plus large<sup>5</sup>. Elle tend à confirmer les résultats de l'enquête de 1999 en donnant lieu à une estimation de l'encours total des contrats non réclamés à un peu moins de 950 millions d'EUR. Parmi ceux-ci, 250 millions d'EUR correspondent à des capitaux non réclamés au moins 5 ans après le décès connu, tandis que les 700 millions d'EUR restants correspondent à des capitaux qui n'ont pas été réclamés 10 ans après l'échéance du contrat.

Compte tenu de la croissance des encours de l'assurance vie sur la période, la stabilité des montants suscite des interrogations. Au-delà des différences de champ et de méthodologie pouvant entacher la comparabilité des enquêtes, les transformations de l'assurance en général

---

<sup>3</sup> Source : Enquête de clientèle sur les souscripteurs de contrats en cas de décès en 2006, FFSA.

<sup>4</sup> L'échantillon était constitué par 9 sociétés ou groupes interrogés par la FFSA sur les montants couverts par les contrats en portefeuille n'ayant fait l'objet d'aucune demande à l'échéance ou ceux dont l'assuré avait atteint l'âge limite statistique maximal (106 ans à l'époque). Ces sociétés ou groupes représentaient 50% du marché en 1999 ; les résultats ont ensuite été extrapolés à l'ensemble du marché.

<sup>5</sup> L'échantillon était constitué de 22 sociétés ou groupes représentant 62% du marché en 2005 ; les résultats ont ensuite été extrapolés à l'ensemble du marché.

et de l'assurance-vie en particulier expliquent en partie que le stock de contrats non réclamés ne suive pas fidèlement la courbe ascendante de l'encours ou des cotisations annuelles. Ces transformations sont le développement marqué de la bancassurance depuis les années 1980 et la pratique généralisée de la multi-détention de contrats d'assurance. Les bancassureurs, qui représentent en 2008 près de 60% de la collecte en assurance vie, peuvent disposer plus aisément d'une meilleure information car ils commercialisent également des produits impliquant un contact proche et régulier avec le souscripteur. Similairement, les assureurs qui proposent en plus des contrats d'assurance vie d'autres contrats d'assurance peuvent par recoupement obtenir des informations sur leur population d'assurés.

La méthodologie de l'enquête réalisée en 2009 est identique à celle de 2006<sup>6</sup>. Les résultats obtenus indiquent une baisse de l'encours des contrats non réclamés, avec un montant total de 700 millions EUR. La décomposition de ce montant est par contre différente : 500 millions EUR correspondent à des sommes non versées alors que le décès est connu depuis au moins 5 ans (vs 250 millions EUR en 2006), tandis que les 200 millions EUR restants sont le fait de contrats dont les capitaux n'ont pas été réclamés 10 ans après le terme.

***Les estimations par la FFSA de l'encours total des contrats non réclamés***

	Enquête FFSA 2000	Enquête FFSA 2006	Enquête FFSA 2009
<b>Estimation de l'encours total des contrats non réclamés</b>	<b>970 M €</b>	<b>950 M €</b>	<b>700 M €</b>
Estimation en pourcentage de l'encours total de l'assurance vie	0,17%	0,10%	0,06%

Source : FFSA

Ces chiffres mettent en évidence les forces de rappel naturelles qui permettent aux assureurs de satisfaire les volontés exprimées par leurs assurés dans une très grande majorité de cas. Il est par exemple intéressant de noter la constance du rapport entre le stock estimé des contrats non réclamés au moins 5 ans après le décès connu et la somme des prestations versées au titre des décès sur les 5 années précédentes – délai à partir duquel, en vertu des conditions de prescription, les sommes sont affectées à la mutualité des assurés. Ce ratio met en évidence la capacité d'identification des bénéficiaires par l'assureur. Entre 1996 et 2000, les assureurs ont versé plus de 41 Mds € de prestations au titre des décès (pour un stock non versé estimé par la FFSA à 250 millions EUR) ; entre 1999 et 2003, ce montant est supérieur à 57 Mds € (pour un stock non versé estimé à 500 millions EUR). Pour chacune des deux périodes considérées, plus de 99% des capitaux dus aux bénéficiaires lorsque l'assureur a eu connaissance du décès auraient été versés moins de 5 ans après. Ainsi même si l'identification et la localisation des assurés peuvent s'avérer complexes dans des cas particuliers, les assureurs semblent d'ores et déjà disposer d'un système d'informations leur permettant de respecter la très grande majorité de leurs engagements dès lors que le décès est connu.

<sup>6</sup> Le champ couvert par l'enquête de 2009 est cependant plus large. L'échantillon est constitué de 17 sociétés ou groupes représentant 79% du marché en 2008 ; les résultats ont ensuite été extrapolés à l'ensemble du marché.

*Part des capitaux versés en cas de décès dans les 5 ans qui suivent*

	<b>Enquête FFSA 2006</b>	<b>Enquête FFSA 2009</b>
Encours des contrats non réclamés 5 ans après le décès connu	0,25 Mrd €	0,5 Mrd €
Sommes des prestations versées en cas de décès pour la même période	41 Mrd €	57 Mrd €
<b>Part des capitaux - en cas de décès - versés par les assureurs en moins de 5 ans</b>	<b>99,4%</b>	<b>99,1%</b>

Source : FFSA

Les résultats de ces enquêtes sont cependant contestés, notamment par des organismes spécialisés dans la recherche des bénéficiaires car disposant d'une expertise généalogique ou de l'expérience de la recherche des personnes. Parmi les organismes qui sont intervenus dans les débats, la société CRD (Capitaux – Recherche – Déshérence) a réalisé ses propres calculs. N'ayant pas accès à une information privilégiée, la société CRD procède à des estimations à partir de l'encours et des cotisations en assurance vie ainsi que d'hypothèses sur la mortalité et la part des contrats d'assurance vie se concluant par décès qui ne sont pas réclamés. Le chiffre de 5 Mds EUR est souvent présenté comme la contre-estimation de référence et mis en regard des chiffres présentés par la FFSA. Deux objections peuvent être cependant apportées à cette estimation.

La première est méthodologique puisque faute de disposer d'éléments suffisants, la méthode de la société CRD doit établir des hypothèses simplificatrices sur les caractéristiques des contrats et des assurés. Cette méthode considère par ailleurs, à tort, que l'accumulation chaque année d'une fraction des contrats se dénouant par décès finit par constituer un stock de contrats non réclamés qui n'est jamais diminué par la découverte progressive des décès non immédiatement connus et des bénéficiaires.

La deuxième objection concerne le paramétrage. La méthode de la société CRD donne des résultats proportionnels à un paramètre central, le pourcentage de contrats non réclamés au moment d'un décès, qu'il n'est pas possible d'estimer. Le taux de 4% sur lequel repose l'estimation de 5 Mds EUR est certes proche du pourcentage annuel moyen du nombre de successions qui nécessitent l'ouverture d'une recherche successorale. Mais dans le cadre de cette méthode, il conviendrait d'utiliser comme approximation le pourcentage annuel moyen de l'encours des successions nécessitant l'ouverture d'une recherche successorale. La société CRD apporte une autre justification à ce taux puisque, à partir de la même méthode, c'est celui-ci qui permet de retrouver les résultats de l'enquête réalisée par la FFSA en 2000. En procédant de la sorte, les auteurs de l'estimation ne peuvent pas tenir compte de l'évolution des pratiques dans le secteur de l'assurance depuis cette date, alors même qu'il est attendu et constaté sur certains points que ces pratiques ont évolué vers une meilleure information des assurés et des assureurs.

En considérant que le biais méthodologique a le même impact en 2000 qu'en 2009, et en considérant - par un même paramétrage - que les comportements des assurés et des assureurs sont les mêmes à la fin des années 1990 et à la fin des années 2000, cette estimation tendrait par conséquent à surestimer l'ampleur du phénomène.

Compte tenu du caractère quelque peu restrictif du champ des enquêtes de la FFSA, leurs résultats constituent sans doute un minorant pour le montant total des contrats non réclamés, sans que les parties non couvertes soient attendues comme représentant un montant aussi significatif. Une modélisation plus fine s'inspirant de la méthode de la société CRD ne peut cependant pas, semble-t-il, être mise en place en raison de lacunes sur les données existantes.

## **II. Depuis 2003, les Pouvoirs Publics se sont accordés sur un ensemble de dispositions visant à traiter le phénomène des contrats non réclamés en apportant aux problèmes identifiés un double type de réponses, préventif et curatif.**

Quels que soient les montants considérés, ce sujet soulève un problème d'envergure suffisante pour qu'il fasse l'objet de l'attention du Gouvernement, des Parlementaires et du Médiateur de la République. Un ensemble de mesures a alors été pris par la loi de Sécurité Financière du 1<sup>er</sup> août 2003, la loi DDAC du 15 décembre 2005 puis par la loi n° 2007-1775 du 17 décembre 2007. Ces trois lois permettent d'apporter une réponse à chacun des points ayant autorisé le développement des contrats non réclamés.

### ***a) L'information des assureurs des décès au sein de la population de leurs assurés a été améliorée.***

Comme il a été précédemment observé, l'efficacité des assureurs dans la recherche des bénéficiaires est réelle. Le problème principal à résoudre est donc le manque d'informations des assureurs concernant les décès intervenus au sein de leur population. Le parlement a voté depuis 2005 deux mesures permettant d'y apporter une réponse.

Tout d'abord, la loi de 2005 permet l'organisation d'un processus de remontée de l'information vers les assureurs en prévoyant que « toute personne physique ou morale peut demander par lettre à un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs, habilités à cet effet par arrêté du ministre chargé de l'économie, à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice dans une police souscrite par une personne physique dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès ». Par cette mesure, les bénéficiaires peuvent pallier eux-mêmes les lacunes en information de l'assureur concernant l'état de sa population d'assurés.

Afin de faciliter les démarches des particuliers engagées suite à cette loi, les assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance ont créé un guichet unique de centralisation des demandes relatives à l'existence d'une stipulation, l'AGIRA (Association pour la Gestion des Informations Relative aux Risques en Assurances). Les particuliers adressent donc une unique demande et celle-ci est transmise aux gestionnaires des contrats d'assurance concernés. Le dispositif est conçu dans le but de s'acquitter efficacement de cette tâche, puisqu'il est prévu, aux termes de la loi, un traitement de la demande en moins d'un mois et demi.

Une solution plus globale était toutefois nécessaire afin de ne pas compter uniquement sur la remontée d'informations. Elle est apportée par la loi du 17 décembre 2007. Aux termes de cette loi, les assureurs sont dorénavant soumis à une nouvelle obligation. L'article L. 132-9-3 du Code des Assurances prévoit en effet qu'ils « s'informent [...] du décès éventuel de l'assuré ». Cette information n'est par contre pas aisément accessible. C'est la raison pour laquelle cet article introduit également l'autorisation de « consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites ».

L'interface de l'association AGIRA créée suite à la loi de 2005 a été réutilisée par les assureurs dans le cadre de l'application de la loi du 17 décembre 2007. Cette mise en relation d'organismes professionnels avec un fichier national pose cependant un problème de confidentialité. La Commission Nationale Informatique et Libertés a donc été consultée et a encadré le mode opératoire de la consultation, notamment en réduisant le nombre d'individus au sein d'un établissement pouvant y avoir accès et en exigeant que ces individus soient clairement identifiés. Cet accord a nécessité un long travail afin de respecter les souhaits des deux parties, ce qui explique le délai d'application des dispositions prévues par la loi du 17 décembre 2007.

Le dispositif resterait malgré tout incomplet s'il ne s'intéressait qu'à l'assureur, qui peut encore rencontrer des difficultés pratiques lors des recherches dans le fichier AGIRA-INSEE – orthographe erronée, présence de doublons, etc. C'est la raison pour laquelle l'article 8 de la loi du 17 décembre 2007 apporte une réponse à la crainte pour l'assuré que l'acceptation de la stipulation ne bloque sa faculté à disposer des sommes placées sur le contrat. Une nouvelle rédaction de l'article L.132-9 du code des assurances est ainsi instaurée. Il est dorénavant prévu que « l'acceptation est faite par un avenant signé de l'entreprise d'assurance, du stipulant et du bénéficiaire » ou par « un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire ». L'acceptation de la stipulation d'un contrat d'assurance vie perd ainsi son caractère unilatéral et l'assuré ne craint plus d'en informer son bénéficiaire. Il n'est en effet plus possible pour ce dernier d'accepter cette stipulation contre la volonté ou à l'insu du contractant. Ainsi, les assureurs bénéficient d'une remontée d'informations plus massive de la part des bénéficiaires car une plus grande partie d'entre eux aura été informée de la stipulation faite à son profit.

### ***b) L'identification et la localisation des bénéficiaires ont été facilitées.***

Même si leur ampleur paraît limitée puisque dans les cas d'un dénouement par décès, plus de 99% des sommes devant être versées le seraient dans les 5 ans, des problèmes d'identification et de localisation des bénéficiaires se posent dans certains cas. Pour contribuer à leur résolution en incitant les assureurs à surmonter les difficultés pratiques qu'ils rencontrent, la loi du 17 décembre 2007 introduit une nouvelle obligation pour les assureurs. Une fois le décès connu, l'article L. 132-8 de ce même code prévoit en effet que « l'assureur est tenu de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit ». Ce texte est le fruit d'une évolution législative qui avait déjà imposé, en 2005, l'obligation de rechercher des bénéficiaires mais uniquement dans le cas où les coordonnées de ceux-ci sont portées au contrat et qui ne s'appliquait donc pas à la majorité des clauses bénéficiaires libellées sous la forme type « son conjoint, à défaut ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés, à défaut ses héritiers à parts égales ».

De plus, afin de garantir la bonne application de l'obligation de moyens imposée aux assureurs concernant la recherche des bénéficiaires, une incitation forte leur est assignée par l'ajout à l'article L. 132-5 du Code des Assurances d'un alinéa prévoyant que les contrats devront comporter une clause de revalorisation du capital pendant la période de recherche des bénéficiaires, qui prend effet à compter d'un an après le décès du souscripteur.

Différents canaux d'informations et d'incitations sont donc en place. La dernière étape du dispositif consiste à garantir que des contrats précédemment non réclamés ne se transforment en contrats trop longuement réclamés. Il convient ainsi de s'assurer qu'une fois que le bénéficiaire est identifié, l'assureur lui verse rapidement son capital. C'est ce qui est prévu à l'article L. 132-21 qui prévoit ce versement dans le délai maximal d'un mois sous peine de produire de plein droit des intérêts au taux légal majoré de moitié durant deux mois puis au double du taux légal.

Enfin, la réforme de la clause bénéficiaire telle qu'elle a été précédemment évoquée est également un élément permettant d'identifier les bénéficiaires puisqu'en portant à la connaissance de l'assureur le décès de l'assuré, le bénéficiaire résout par ailleurs bien souvent le problème de l'assureur dans la recherche des destinataires des sommes.

Le dispositif résulte d'une approche permettant de réconcilier coûts de gestion et efficacité. Des dispositions supplémentaires avaient été étudiées. La première consistait à renforcer l'information en créant un fichier national des contrats d'assurance vie. Elle a été écartée en raison de sa nature attentatoire à la vie privée. La deuxième proposait qu'en plus de l'obligation de moyens imposée aux assureurs dans le cadre de la recherche des bénéficiaires, leur soit également imposés des interlocuteurs labellisés en recherche des bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie. Celle-ci a été écartée afin de ne pas conférer un monopole à certains cabinets pour la résolution d'un problème qui, comme il a été précédemment expliqué, n'est pas apparu dans un cadre législatif qui aurait tenté d'en réduire la portée, mais bien à cause d'un ensemble de textes qui en favorisait le développement. La correction de l'environnement législatif avec la construction d'incitations économiques pertinentes est la solution qui a été retenue par les pouvoirs publics. Ses effets doivent être évalués après plusieurs années de mise en application avant d'envisager des mesures complémentaires.

### ***c) Les assureurs sont mieux informés des événements intervenant dans la vie de leurs assurés.***

Le développement du phénomène des contrats non réclamés a été favorisé par la distension éventuelle des liens entre l'assureur et son assuré. Or, les modifications récentes de la loi conduisent au contraire à une communication fréquente entre assureurs et assurés.

Considérant qu'il est important de garantir une information complète à l'assuré afin qu'il dispose des éléments permettant d'appréhender la bonne adaptation de son contrat à ses besoins, la loi de sécurité financière du 1<sup>er</sup> août 2003 a prévu une modification de l'information annuelle et n'exclut plus de cette obligation d'information que les contrats avec une provision mathématique inférieure à 2000 €, et ce afin de tenir compte des coûts de

gestion de la mesure pour les assureurs, tout en garantissant une application très large du dispositif puisqu'environ 95% des contrats sont concernés par cette obligation<sup>7</sup>.

Aux termes de la loi, les assurés se voient communiquer sur une base annuelle les caractéristiques essentielles de leur contrat. En étant ainsi régulièrement avertis de l'existence du contrat d'assurance vie, ils sont moins sujets au risque d'oubli. En cas d'oubli malgré tout, la réception de courriers réguliers pourra permettre aux héritiers ou bénéficiaires d'avoir connaissance de l'existence du contrat en consultant les archives du souscripteur.

Enfin, et sans que cette mesure ait visé la résolution du problème des contrats non réclamés, l'instauration dans les années 1980 de l'obligation de communication d'un IFU (imprimé fiscal unique) par les assureurs les a conduit à améliorer les systèmes d'information relatifs à leurs assurés. C'est finalement au début des années 2000 que les assureurs ont finalisé les travaux leur permettant d'accomplir avec efficacité l'envoi de l'IFU pour chacun de leurs assurés. Les amendes prévues en cas d'erreurs dans les envois les ont incités à effectuer ce travail de nettoyage de leurs bases clients.

### **III. Bien qu'il ne soit totalement opérationnel que depuis quelques mois et que certaines mesures ne peuvent s'apprécier que sur le long terme, le dispositif législatif a déjà permis de réduire l'encours des contrats non réclamés.**

Deux dispositifs de réduction de l'encours des contrats non réclamés sont prévus. Le premier est le respect par l'assureur des souhaits du souscripteur en versant les capitaux au bénéficiaire désigné. En cas de défaillance du système d'informations mis en place, il est également prévu, qu'après prescription (30 ans), les sommes soient reversées au FRR (Fonds de Réserve pour les Retraites).

#### ***a) Grâce au dispositif issu de la loi de 2005, des milliers de bénéficiaires ont pu être retrouvés et les assureurs ont déjà versé un montant important de capitaux.***

Le dispositif issu de la loi de décembre 2005 a déjà permis entre mai 2006 et fin 2008 d'identifier les bénéficiaires dans 4 305 dossiers correspondants à 118 millions EUR de capitaux. Par ailleurs, les demandes ont également concerné 17 297 contrats en cours de règlement par les assureurs pour un montant total de 322 millions EUR de capitaux.

Ces chiffres montrent l'efficacité opérationnelle du dispositif qui a dû traiter plus de 37 800 demandes sur cette période de deux ans et demi. Le taux de retour favorable de l'AGIRA est de près de 60% s'il est tenu compte des contrats en cours de règlement. Il est parfois présenté comme faible. En première analyse, ceci ne peut pas être imputé à un défaut du système. Ce dispositif est en effet accessible gratuitement et il n'est pas étonnant que sans même disposer d'informations laissant penser qu'ils ont été désignés bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie, des particuliers se retournent vers l'AGIRA.

---

<sup>7</sup> Source : enquête patrimoine INSEE 2004, actualisée par la FFSA en 2008.

Au-delà de la remontée d'informations permise par AGIRA, le dispositif a conduit les assureurs à œuvrer en interne pour identifier les contrats non réclamés. Certains d'entre eux se sont par ailleurs adjoints les services de sociétés spécialisées dans la recherche d'individus (généalogistes ou enquêteurs privés). En 2009, sur la base d'un échantillon encore plus représentatif du secteur, le montant estimé par la FFSA des contrats n'ayant pas été réclamés 10 ans après leur terme a été réduit depuis 2006. Il serait en effet passé de 700 millions EUR à 200 millions EUR. Ainsi, alors même que la croissance passée du chiffre d'affaires de l'assurance vie pouvait laisser craindre un développement rapide du stock de contrats non réclamés, les mesures votées et la prise de conscience qui les a accompagnées semblent bien avoir conduit à une réduction du phénomène.

***Efficacité opérationnelle du dispositif « AGIRA 1 »***

<b>AGIRA 1</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>Total</b>
Nombre de demandes reçues	5 899	14 394	17 595	<b>37 888</b>
Dossiers ouverts grâce au dispositif et capitaux recouvrés	515 dossiers et 12 M €	1 510 dossiers et 45 M €	2 280 dossiers et 61 M €	<b>4 305 dossiers et 118 M €</b>
Dossiers transmis à l'AGIRA, mais déjà en cours de traitement chez les assureurs, et capitaux recouvrés	NA	4 630 dossiers et 76 M €	12 667 dossiers et 246 M €	<b>17 297 dossiers et 322 M €</b>
Taux de Retour favorable	9%	43%	85%	<b>57%</b>

Source : AGIRA

***b) Le dispositif issu de la loi de décembre 2007 est prometteur car déjà très utilisé, bien qu'en vigueur depuis seulement mars 2009.***

L'intégralité du dispositif permettant la consultation par les assureurs du Répertoire National d'Identification des Personnes Privées (RNIPP) est opérationnelle depuis le début du mois de mars 2009. Cette mise en place a nécessité l'obtention par les assureurs d'une autorisation unique accordée le 18 décembre 2008 par la Commission Nationale Informatique et Libertés, afin de s'accorder sur les modalités pratiques de l'interrogation (limites apportées pour éviter un balayage intégral de la base et limitation par établissement du nombre d'individus disposant d'un accès), et explique le délai écoulé depuis le vote de la loi du 17 décembre 2007.

Un serveur AGIRA – INSEE constitué des données sur les personnes décédées depuis l'année 1970 et actualisé sur une base mensuelle a été créé. Les sociétés d'assurance, les institutions de prévoyance et leurs unions ainsi que les mutuelles et leurs unions peuvent désormais l'interroger de deux manières distinctes : recherche individualisée ou recherche par groupe.

En 3 mois d'application, ce dispositif a fait l'objet d'une forte utilisation puisque près de 470 000 demandes ont été formulées par des assureurs représentant plus de 75% des encours de l'assurance vie. Conformément à l'engagement pris par les entreprises membres de la FFSA et des mutuelles ou unions du GEMA<sup>8</sup>, les assureurs s'intéressent en particulier aux contrats répondant cumulativement aux critères d'une provision mathématique minimale (2000 EUR), d'un assuré âgé de plus de 90 ans et avec une absence de contacts confirmée pendant deux ans.

Le mode d'utilisation du dispositif varie. Certains assureurs ont concentré leurs recherches sur les populations présentant la plus forte probabilité de décès tandis que d'autres ont interrogé des pans entiers de leur portefeuille.

Les 470 000 recherches effectuées ont permis d'isoler un peu plus de 50 000 dossiers pour lesquels un travail de réconciliation doit être effectué par les assureurs afin de déterminer si la personne décédée retrouvée avait précédemment souscrit chez eux un contrat d'assurance vie ou s'il s'agit uniquement d'un homonyme.

Ce travail de mise en cohérence, pouvant être long, n'est pas terminé et aujourd'hui les identifications avérées de souscripteurs décédés d'un contrat d'assurance vie sont encore rares. En effet, seule l'identification de 150 contrats d'assurance représentant 6 millions EUR de capitaux a été portée à la connaissance de la FFSA par l'AGIRA.

De nouvelles interrogations du fichier AGIRA – INSEE sont attendues et les travaux de réconciliation permettant, le cas échéant, d'identifier un assuré au sein d'un fichier d'homonymes décédés sont en cours. Une analyse des résultats de ces travaux sera conduite à l'occasion du nouveau rapport de suivi que le Gouvernement publiera au mois de juin 2010, afin d'apporter des éléments chiffrés beaucoup plus représentatifs sur les sommes qui auront été reversées grâce à la mise en place de ce système.

#### ***Synthèse des premiers résultats du dispositif « AGIRA 2 » (AGIRA – INSEE)***

Nombre de demandes reçues (3 premiers mois d'utilisation)	470 000 environ
Nombre de dossiers pour lesquels un travail de réconciliation doit être effectué afin de savoir si la personne correspond effectivement à l'assuré recherché	50 000 environ
Nombre de dossiers où l'identification est accomplie à ce stade	150, pour 6 M €

Source : AGIRA

#### ***c) Comme attendu, les sommes allouées au FRR sont faibles.***

L'article 18 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit que « les sommes dues au titre de contrats d'assurance sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation auprès de l'organisme d'assurance depuis trente années » sont acquises à l'Etat puis reversées au FRR.

<sup>8</sup> Groupement des entreprises mutuelles d'assurances.

En prévoyant que ces dispositions s'appliquent aux contrats en cours, l'Etat a été contraint d'apporter des précisions puisqu'en application du délai de prescription précédent (dix ans suivant le décès de l'assuré), certains assureurs ont déjà distribué ces sommes à la mutualité des assurés via le mécanisme de participation aux bénéfices alors même qu'en application du nouveau régime, ils n'étaient pas prescrits.

Il n'apparaissait pas souhaitable de reprendre aux assurés les sommes précédemment distribuées ni de contraindre les assureurs à un nouveau versement. Dans sa réponse à la question n° 1988 de Mme le Sénateur Procaccia du 4 octobre 2007, le Gouvernement a confirmé que ces nouvelles dispositions ne s'appliquent que dans la mesure où la prestation n'a pas encore été payée, réclamée, ou distribuée sous forme de participation aux bénéfices.

Les assureurs ayant déjà reversé les sommes des contrats considérés comme prescrits ne sont donc pas tenus de les reverser au FRR. Ceci explique en partie la faiblesse des montants perçus par le fonds depuis l'entrée en vigueur de la loi.

L'article 4 de la loi du 17 décembre 2007 prévoit que le rapport « évalue les montants des ressources devant [ainsi] être affectées au Fonds de réserve pour les retraites ». Cette évaluation est périlleuse à plusieurs titres.

Les montants reversés au FRR vont dépendre en effet du stock des contrats non réclamés. Or, des estimations divergentes sont produites sur le sujet. De plus, les assureurs n'ont par le passé pas traité de la même façon les contrats non réclamés. Après la période précédente de prescription de 10 ans, certains ont reversé à la collectivité des assurés les montants des contrats qu'ils avaient identifiés comme non réclamés alors que d'autres ont décidé de les conserver plus longtemps. Enfin, l'évolution des versements au FRR va aussi dépendre de l'impact des mesures prises afin de favoriser un dénouement tel que souhaité par les assurés. Compte tenu de l'ensemble de ces incertitudes, aucune estimation ne peut être donnée.

Actuellement, tous les assureurs ne sont pas concernés par le versement des sommes au FRR. C'est notamment le cas de la plupart des mutuelles et des bancassureurs qui ont développé cette activité dans le courant des années 1980. Ils ne seront concernés par la prescription qu'à partir des années 2010.

Parmi les acteurs historiques, certains ont d'ores et déjà versé des sommes au titre de ces contrats. Le montant est faible (300 000 EUR pour l'année 2008) alors même que les sociétés en question sont d'une taille significative. Ceci illustre que la prescription de 30 ans fait remonter les versements pour le FRR à une époque où l'assurance vie était beaucoup plus confidentielle. D'autres acteurs historiques ont reversé ces sommes à la collectivité des assurés par le mécanisme de la participation aux bénéfices. Ils ne seront donc concernés que dans une vingtaine d'années par ces versements. Enfin, d'autres acteurs ont semble-t-il tardé à effectuer les versements attendus. Le Gouvernement les a rappelés à leurs obligations et des sommes sont attendues d'ici la fin de l'année 2009. Les montants attendus ne sont par contre pas suffisants pour constituer, de manière pérenne, une recette significative pour le FRR.

## Conclusion

La prise en compte du phénomène des contrats non réclamés au sein de la société française a d'ores et déjà permis d'en réduire l'ampleur, alors même que sans intervention publique une augmentation pouvait être redoutée.

Les réformes successives ont permis la constitution d'un ensemble cohérent et complet d'incitations dont les effets sont déjà constatés ou au moins attendus pour chacune des parties d'un contrat d'assurance vie.

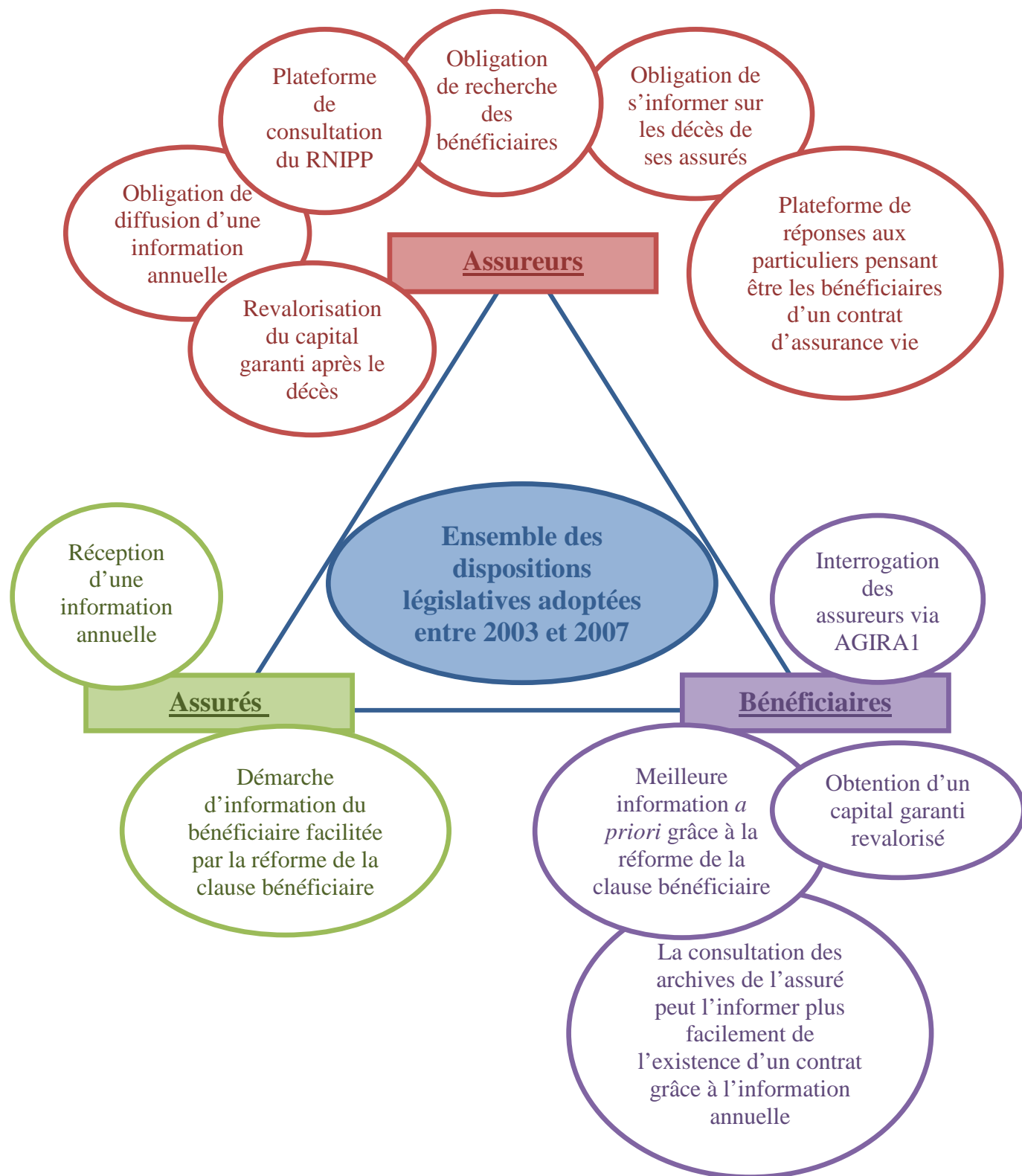
La réforme de la clause bénéficiaire permet à l'assuré d'être incité à faire connaître à son bénéficiaire la stipulation du contrat d'assurance vie et de recevoir dorénavant chaque année une information sur son contrat – ce qui lui permet de se poser chaque année la question de l'adaptation de ce contrat à ses besoins, notamment en termes de désignation des bénéficiaires.

Outre l'information de la stipulation qui doit lui être plus aisément communiquée par l'assuré, le bénéficiaire dispose dorénavant de la possibilité d'interrogation de l'assureur sur l'existence d'une stipulation à son profit (dispositif AGIRA 1). Les sommes qui lui sont versées ont par ailleurs été revalorisées pendant la période courant au plus tard à partir d'un an après le décès de l'assuré et jusqu'au versement du capital. Enfin, un bénéficiaire n'étant pas informé d'une stipulation à son profit mais ayant un accès aux archives d'un assuré décédé a de plus fortes chances d'avoir connaissance du contrat puisque l'assuré a reçu annuellement une information sur celui-ci.

L'assureur, quant à lui, est tenu de modifier ses pratiques puisque les obligations de recherche des bénéficiaires et d'informations sur les décès au sein de ses assurés s'imposent à lui. Il a par ailleurs mis en place des structures permettant de répondre aux particuliers s'interrogeant sur l'existence d'une stipulation à leur profit (AGIRA 1) et s'est mis en situation de pouvoir consulter le répertoire national d'identification des personnes physiques. L'information annuelle qu'il est tenu dorénavant de diffuser très largement et la revalorisation du capital garanti ont aussi notamment pour conséquence de favoriser une réduction de l'ampleur du phénomène des contrats non réclamés.

Cependant, puisque le dispositif « AGIRA 2 » (serveur AGIRA – INSEE) n'est opérationnel que depuis le début du mois de mars 2009, une évaluation de celui-ci après une période d'activité plus longue serait souhaitable et permettrait de mieux se figurer son efficacité. Le Gouvernement publiera un nouveau rapport d'évaluation au mois de juin 2010.

**Amélioration de l'information et des concertations  
auprès des assurés / bénéficiaires / assureurs**



## Liste des personnes rencontrées<sup>9</sup>

### Spécialistes en recherche des contrats, des assurés ou de leurs bénéficiaires

Patrice	de BELENET	Centre d’Inscription au Répertoire National des Souscripteurs	Gérant Fondateur
François- Xavier	du BESSET	AVERA Capital Recherche	Président
Christian	BORNICHE	Union Fédérale des Enquêteurs de droit privé	Président
Hervé	DOLIDON	ARGENE	Directeur Général Adjoint associé
Gérard	DUSSEAUX	CRD	Directeur Général
Didier	RAUCH	AVERA Capital Recherche	Co-fondateur
Fabrice	REMON	CRD	Président

### Représentant de l’AGIRA

Philippe	RULENS	AGIRA	Directeur
----------	--------	-------	-----------

### Représentants des assureurs

Yannick	BONNET	GEMA	Responsable Vie et Finances
Jérôme	CORNU	FFSA	Directeur des études, des statistiques et des systèmes d'information
Gilles	COSSIC	FFSA	Directeur Assurances de personnes
Sylvie	GAUTHERIN	FFSA	Sous-Directeur
Maud	SCHNUNT	GEMA	Responsable juridique Assurances de personnes

---

<sup>9</sup> L’Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) a été consultée par écrit.