

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES
CYCLE SUPERIEUR
B. P. 1575 YAOUNDE Cameroun

DAUGA

ASSURANCE VIE

CONTEXTE ET PROBLEMES PARTICULIERS

Mémoire de Fin d'Etudes
Préparé en vue de l'obtention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES D'ASSURANCES

Présenté par : **Monsieur PELLA Roger-Martin**
Etudiant Cycle Supérieur 6^{ème} Promotion 1982-1984
(I. I. A.)

Juin 1984

Sous la Direction de :
Monsieur ABEGA FOU DA Ambroise
Directeur d'Agence **ALICO YAOUNDE**

INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES
CYCLE SUPERIEUR
B. P. 1575 YAOUNDE Cameroun

ASSURANCE VIE

CONTEXTE ET PROBLEMES PARTICULIERS

Mémoire de Fin d'Etudes
Préparé en vue de l'obtention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES D'ASSURANCES

Présenté par : **Monsieur PELLA Roger-Martin**
Etudiant Cycle Supérieur 6^{me} Promotion 1982-1984
(I. I. A.)

Juin 1984

Sous la Direction de :
Monsieur ABEGA FOU DA Ambroise
Directeur d'Agence **ALICO YAOUNDE**

QU'IL ME SOIT PERMIS

DE

DEDIER CE MEMOIRE

A

Ma femme PELLA LEMBO NIELEBE

Mon fils PELLA MOUENET - OKOUELE

Ma famille TOUTE ENTIERE

Mes Amis ...

QUI

N'ONT CESSE DE TEMOIGNER LEUR AFFECTION

ET LEUR SOUTIEN MORAL A MON EGARD

PENDANT TOUTE LA DUREE DE MA FORMATION

PROFESSIONNELLE D'ASSUREUR.

*
* *
*

R E M E R C I E M E N T S

=====

Mes remerciements sincères à tous ceux qui de loin ou de près m'ont permis d'acquérir une formation professionnelle dans ce domaine des Assurances.

- MINISTERE DES FINANCES
de la République Populaire du Congo (R.P.C.)
mon pays
- DIRECTION GENERALE
des Assurances et Réassurances du Congo (A.R.C.)
mon employeur
- CONFERENCE INTERNATIONALE DES CONTROLES D'ASSURANCES
organe créateur de l'Institut International des
Assurances
- INSTITUT INTERNATIONAL DES ASSURANCES (I.I.A.)
mon école
- Mes Professeurs
- Mes Collègues.

Mes remerciements et ma profonde gratitude à M. ABEGA FOU DA
Ambroise sous la direction de qui j'ai pu rédiger ce
mémoire.

PLAN D'ETUDE

INTRODUCTION

Ière PARTIE : PROBLEMES RELATIFS A LA
SOUSCRIPTION DU CONTRAT
D'ASSURANCE VIE.

A. - AU NIVEAU DE LA DEMANDE D'ASSURANCE:
Le réseau commercial

- a) Réseau commercial et offre d'assurance:
Relations Assureur-Intermédiaire.
- b) Réseau commercial^{et} demande d'assurance:
Relations Intermédiaire-Assurables.

B.- AU NIVEAU DE L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE
D'ASSURANCE: l'appréciation du risque.

- a) Appréciation a priori du risque.
- b) Appréciation a posteriori du risque

IIème PARTIE : PROBLEMES RELATIFS AU
CONTENU DU CONTRAT D'ASSU -
RANCE VIE.

A. - ASPECTS JURIDIQUES DU CONTRAT.

- a) Caractère bilatéral du contrat.
- b) La Réglementation du contrat.

B. - ASPECTS TECHNIQUES DU CONTRAT.

- a) Confection des tarifs.
- b) Provisions mathématiques.

CONCLUSION.

^o
// N T R O D U C T I O N
=====

L'assurance est désormais reconnue comme étant le moyen le plus moderne et le moins cher qui procure la sécurité à l'individu, autant dans son patrimoine (assurance vol, assurance incendie...), que dans sa personne (assurance maladie, assurance vie...).

Mais de l'assurance le public connaît essentiellement l'assurance automobile, parfois l'assurance incendie, l'assurance vol.. et ignore presque tout de l'assurance vie. Or, qu'y a-t-il de plus important pour l'individu si ce n'est sa personne même ?

En effet, on pensera à assurer sa voiture, sa maison, ses fonds... mais peu de gens pensent à assurer leur vie. Autant cette branche d'assurance est mal connue, autant les problèmes qu'elle pose restent également inconnus du public, même parfois des professionnels.

Le problème est d'une importance capitale dans la mesure où, on pourrait espérer une évolution considérable de cette branche particulière d'assurance de personnes dans nos pays en voie de développement si, on assistait pas à une désaffection du public à l'égard de cette branche.

Cependant, comme il apparaît dans la définition des professeurs PICARD et BESSON (Assurances Terrestres), "L'assurance sur la vie est un contrat par lequel, en échange d'une prime, l'assureur s'engage à verser au souscripteur ou au tiers par lui désigné, une somme déterminée (capital ou rente) en cas de mort la personne assurée, ou de sa survie à une époque déterminée". L'assurance vie apparaît ainsi comme une opération qui comporte des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie

.../...

humaine. Alors qu'en assurances de dommages l'engagement de l'assureur constitue une indemnisation des conséquences d'un sinistre, en assurance vie, la somme à verser est déterminée bien avant ou lors de la conclusion du contrat. Ainsi l'assurance-vie est-elle qualifiée de non indemnitaire ; ce qui suppose qu'il peut y avoir cumul de contrats d'assurance, autant que le permet la capacité de payer car, il ne peut y avoir de surassurance.

L'assurance vie se distingue aussi des autres catégories d'assurances I.A.R.D. (Incendie, accidents, et risques divers) par son mode de gestion. Elle est gérée en capitalisation alors que les autres le sont en répartition. En effet, l'assurance vie est une opération souscrite à long terme, et dont les primes versées par le souscripteur sont capitalisées selon la méthode des intérêts composés, permettant ainsi la constitution des provisions mathématiques destinées à faire face aux conséquences pécuniaires de la réalisation du risque couvert. Ce risque d'ailleurs n'est pas constant, sa probabilité de réalisation varie au cours du contrat (exemple risque de décès). Par contre, en assurances I.A.R.D., le rôle de l'assureur consiste à répartir entre les assurés sinistrés la masse des primes payées par l'ensemble de la mutualité, la probabilité de réalisation du risque étant constante au cours du contrat notamment dans les assurances de dommages (exemple risque d'incendie).

L'assurance vie présente aussi un double avantage. Tantôt c'est une opération d'assurance comme les professeurs PICARD et BESSON l'ont définie, lorsque le souscripteur veut préserver sa famille des conséquences pécuniaires de sa disparition prématurée (décès), tantôt c'est une opération d'épargne lorsque l'assuré désire constituer un capital pour l'époque où il prendra sa retraite ; ce capital étant enfin de compte la valeur acquise à intérêts composés à l'époque considérée par des primes qu'il aurait versées.

A ces éléments fondamentaux, s'ajoutent d'autres avantages sociaux : chance de vivre valide, placement sûr des économies...

.../...

Mais on note malgré tous ces avantages une parfaite désaffection du public à l'égard de l'assurance vie. En effet, cette opération n'est pas encore entrée dans les moeurs et le public ne la considère pas aussi indispensable que les assurances I.A.R.D. C'est pour cette raison qu'on a pu dire que l'assurance-vie se vend et ne s'achète pas ; par conséquent les méthodes utilisées pour sa production sont fort différentes et, dès lors se pose le problème de sa distribution : nécessité d'un réseau commercial bien organisé. D'autre part, les conséquences mêmes de sa technique font d'elle une branche plus particulière par rapport aux autres branches d'assurance suscitent des problèmes de formation de spécialistes en matière de production, donc de prospection et de vente, et nécessitent un recours aux services des techniciens particuliers : les actuaires qui sont les mathématiciens de l'assurance.

En somme, un problème fondamental se pose à l'assureur vie tant au niveau de la souscription du contrat, qu'au niveau de son contenu. Ainsi, pour le mettre en exergue, il convient d'examiner successivement deux parties, à savoir : les problèmes relatifs à la souscription du contrat d'assurance vie, et ceux relatifs à son contenu.

II)REMIERE II)ARTIE
=====

PROBLEMES RELATIFS A LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT D'ASSU-
RANCE - VIE.

L'assurance-vie se vend alors que bien d'autres garanties s'achètent soit parce qu'elles sont obligatoires (assurance R C automobile, assurance des produits à l'importation), soit parce que le public les considère comme indispensables (assurance vol, assurance incendie...). En assurance-vie, la situation est tout à fait contraire, car le public dépourvu de moyens financiers suffisants, et ignorant toutes les formules d'assurance-vie, n'y attache pas une assez grande importance ; également, le cadre sociologique (religion, coutumes) ne facilite pas la pénétration de cette opération dans les moeurs. Par conséquent, c'est à l'assureur vie d'aller vers le public lui proposer ses garanties.

X D'autre part, le caractère variable du risque en assurance vie (diminution ou aggravation) au cours du contrat, contraint l'assureur à procéder à une appréciation rigoureuse du risque, afin d'obtenir une opinion sûre et déterminante pour ses engagements envers les assurés.

Ainsi, deux impératifs s'imposent à l'assureur vie dans les opérations de production. D'une part, au niveau de la demande d'assurance on note la nécessité d'organisation d'un réseau commercial qui lui permettra d'atteindre plus facilement le public. D'autre part, au niveau de l'acceptation de cette demande, l'assureur doit nécessairement procéder à une appréciation du risque avant tout engagement.

.../...

A. - AU NIVEAU DE LA DEMANDE D'ASSURANCE : LE RESEAU COMMERCIAL.

Le réseau commercial est le maillon fondamental de l'assurance vie. Ce réseau est constitué par des intermédiaires démarcheurs, car les préoccupations administratives et de gestion de l'assureur ne lui permettent pas d'aller vers le public. L'intermédiaire va désormais assumer la liaison entre les assurables et ce dernier.

Ainsi, il convient d'examiner les relations qui naissent entre l'assureur et l'intermédiaire d'une part, et celles qui unissent l'intermédiaire et les assurables d'autre part.

a) Réseau commercial et offre d'assurance : Relations
Assureur - Intermédiaire

L'assureur et l'intermédiaire unis, vont chercher à poursuivre un but commun : la souscription autant que possible des contrats d'assurance vie.

Mais, dans leur rapport, l'intermédiaire se substitue à l'assureur dans toutes les opérations d'offre de garanties d'assurance au public, moyennant une commission proportionnelle aux primes encaissées. Ainsi, autant l'intermédiaire réussira à placer des affaires, autant l'assureur encaissera d'avantage de primes, et lui versera des commissions importantes.

Outre leur but commun, on peut noter deux intérêts distincts visés par ces derniers : un maximum de profit pour l'assureur, et un maximum de commission pour l'intermédiaire.

Il ne fait aucun doute d'affirmer que l'intermédiaire est l'élément déterminant car tous les intérêts dépendent enfin de compte de lui. En effet, si l'intermédiaire ne vend pas, il n'y a pas de prime et donc pas de commission.

.../...

Cependant, il faut craindre que dans ses interventions, l'intermédiaire tente de privilégier ses avantages au détriment de ceux de l'assureur ; car, il peut arriver que celui-ci fasse des mauvais placements essentiellement dans le but d'encaisser en retour des commissions, alors que ces placements risquent de remettre en cause les intérêts de l'assureur.

Devant ces dangers : comportement abusif de l'intermédiaire, désaffection du public à l'égard des garanties d'assurance-vie, l'assureur exige de l'intermédiaire certaines conditions : l'intermédiaire doit être un bon technicien, un bon vendeur, et doté de bonnes qualités morales.

Dans les faits, il incombe à l'intermédiaire de posséder une parfaite connaissance des mécanismes de l'industrie de l'assurance, et de la législation qui la régit. Il doit connaître le but de l'assurance, ses rouages depuis l'étude de l'affaire à son acceptation et enfin jusqu'à sa résiliation. Il doit donc connaître à la perfection le contenu et les exclusions de garanties qu'il est amené à proposer au public.

Par ailleurs, il incombe à l'intermédiaire d'avoir des qualités de bon vendeur c'est-à-dire : celui qui crée un besoin ou une envie chez une personne qui n'y pensait pas. Il doit donc pouvoir aller au contact du public, savoir le transformer en assuré et adapter les garanties de l'assureur aux besoins réels de ce public. L'intermédiaire doit également être tenace et ne pas se laisser écarter par des objectifs qui ne sont le plus souvent que des prétextes tels que : "je n'ai pas de moyen...je suis suffisamment riche...".

Enfin, l'intermédiaire doit faire preuve de bonnes qualités morales indiscutables. En fait, un intermédiaire qui changerait la date de naissance d'un proposant, ou qui dissimulerait des renseignements de santé susceptibles d'entraîner le refus de l'affaire, ou encore qui imiterait des signatures, celui là abuserait de la confiance de l'assureur, et serait qualifié de mauvaise foi.

.../...

Toutes ces qualités techniques et morales dont l'intermédiaire doit faire preuve, doivent être complétées dans ses rapports avec les assurables.

b) Réseau commerciale et demande d'assurance : Relations intermédiaire-assurable.

Au niveau de la demande d'assurance, l'intermédiaire intervient pour pouvoir transmettre à l'assureur les demandes d'assurance des assurables, en retour de l'offre de garanties qu'il leur a faite.

En effet, s'il y a demande d'assurance, cela suppose que l'intermédiaire a réussi à vendre. En retour, les assurables se manifestent pour demander une couverture de leurs risques. Mais, cette manifestation traduit-elle une prise de conscience exacte des besoins des demandeurs d'assurance ? En d'autres termes, est-il vrai que l'intermédiaire a réussi à adapter les garanties de l'assureur aux différents besoins des assurables ?

Ces questions sont d'une importance dans la mesure où l'intermédiaire, attiré par une commission importante, peut proposer aux assurables des garanties qui ne répondent pas à leurs besoins réels.

La solution serait qu'au préalable, l'intermédiaire ait assumé un rôle de bon conseiller.

Le rôle de bon conseiller qui incombe à l'intermédiaire consiste à ce que ce dernier informe exactement les assurables sur les différentes garanties de l'assureur, et sur toutes les réserves qu'un contrat d'assurance vie peut comporter. Cela implique que l'intermédiaire doit être capable d'analyser les différents problèmes qui se posent à chacun des assurables. Il doit être apte à découvrir à coup sur les besoins des assurables afin de leur proposer des garanties qui conviennent le mieux.

Par ailleurs, il faut noter que toutes affirmations inexactes, promesses contraires à la vérité, omissions dans l'exposé des clauses comportant une obligation quelconque, dissimulations des conséquences qu'entraînerait par exemple le non paiement des

des primes, seraient des fautes graves pour l'intermédiaire contre l'honêteté.

Enfin, l'intermédiaire doit veiller et insister pour que la proposition d'assurance qui véhicule la demande d'assurance, soit remplie avec conscience, sans réticences et fausses déclarations intentionnelles, faute de quoi c'est la sanction de l'article 21 de la loi de 1930 qui s'appliquera "... le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur...".

Cette proposition se présente sous forme de questionnaire destiné à consigner les déclarations de l'assurable qui serviront de base à l'appréciation du risque par l'assureur.

Elle se compose de deux parties : la première partie concerne des renseignements généraux : nature de la combinaison, capital assuré, durée du contrat et du paiement des primes, les identités du contractant, de la tête assurée et si possible du bénéficiaire etc... La seconde partie est réservée à un questionnaire médical destiné à permettre à l'assureur de juger de l'état de santé de l'assurable. Ce questionnaire invite l'assurable à répondre à un certain nombre de questions précises se rapportant à sa profession, à sa famille, à son état de santé passé et présent etc... Il est surtout recommandé dans les assurances sans visite médicale, aussi il importe qu'il soit rempli de bonne foi.

La proposition établie doit comporter la signature de l'assurable et celle du contractant s'il s'agit d'une personne différente, et transmise ensuite par l'intermédiaire à l'assureur pour l'appréciation.

Il faut noter que, conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi de 1930, cette proposition n'engage ni l'assureur, ni l'assuré, seule la police ou la note de couverture constate leur engagement réciproque. Mais les déclarations faites par l'assuré et qui sont de nature à faire apprécier le risque par

l'assureur l'engagent (Art. 15 de la même loi).

Dans les assurances où l'examen médical est nécessaire, le rapport médical du médecin examinateur, en général ^{celui} du médecin-conseil de l'assureur vient compléter les déclarations de l'assurable sur son état de santé.

D'autre part, il est souvent demandé à l'intermédiaire de fournir un rapport confidentiel sur le contractant. Cela permet d'établir s'il y a concordance entre la situation financière du souscripteur, la somme pour laquelle il désire être assuré, et le montant de primes qu'il aura à payer. Ce rapport est aussi d'une importance particulière car, l'intermédiaire peut renseigner l'assureur sur des circonstances particulières qui peuvent ~~relater~~ par exemple que le futur assuré, bien qu'en état de santé normal, est par ailleurs un gangster bien connu dans le quartier. Malheureusement, les intermédiaires se disent toujours très occupés quand on leur demande ce travail complémentaire.

Au regard de tout cela, il est juste d'affirmer sans aucun doute que l'intermédiaire joue un rôle déterminant dans le réseau commercial, entre l'assureur et les futurs assurés.

X En plus des recommandations qu'on vient d'évoquer, la réglementation intervient pour exiger également à l'intermédiaire de remplir des conditions d'habilitation. ^{de} En effet, la loi dispose que l'intermédiaire soit âgé au moins de 21 ans. Il doit compte tenu de la complexité de l'opération d'assurance vie avoir une formation sérieuse, et renforcer sa capacité professionnelle requise. Par ailleurs, la réglementation exige que l'intermédiaire remplisse des conditions d'honorabilité : il ne doit pas avoir été frappé d'une incapacité, notamment en raison de condamnations pour vol, abus de confiance, escroquerie, etc... Des sanctions civiles et pénales assurent le respect de ces dispositions.

Outre l'intervention du réseau commercial dans les opérations de souscription, le service de souscription joue aussi un

rôle complémentaire et important dans l'appréciation du risque proposé, en vue de l'acceptation de la demande d'assurance transmise à l'assureur par l'intermédiaire.

B. - AU NIVEAU DE L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE D'ASSURANCE :
L'APPRECIATION DU RISQUE.

Le risque en assurance vie est variable au cours du contrat. C'est donc un risque dont la probabilité de réalisation n'est pas constante. Ainsi l'assureur avant de pouvoir s'engager à le couvrir, procède à une appréciation rigoureuse afin de se faire une opinion qui le conduisait soit à l'accepter, soit à le refuser, soit alors à ajourner sa décision en attendant que le contractant soit soumis à une visite médicale.

L'appréciation du risque constitue ainsi une tâche difficile qui revient au service de souscription : les employés de l'assureur. Ce service doit être doté d'une compétence satisfaisante. En effet, secondé de son médecin-conseil, l'assureur doit être apte à déceler à coup sûr si le risque proposé est assurable ou non, et s'il est assurable est-il normal, ou anormal ?

Auparavant, l'assureur procède à partir des statistiques et des tables de mortalité à une appréciation qui lui permet de connaître à priori quelle sera la valeur des engagements des assurés pour une combinaison, une durée et un capital donnés.

C'est ainsi que dans la pratique l'assureur procède à une double appréciation du risque. Il opère d'abord une appréciation a priori en l'absence du client, à partir des tables de mortalité, des probabilités viagères et des tables financières. Ensuite^{re} effectue une appréciation a posteriori en présence des déclarations du client, de l'intermédiaire et du rapport médical de son médecin-conseil.

.../...

a) Appréciation a priori du risque en assurance vie

Il s'agit généralement de la confection des tarifs : l'Appréciation du risque moyen de référence. L'assureur dispose toujours d'un tarif établi à l'avance à partir des tables de mortalité, des probabilités viagères, et des intérêts composés.

Par définition, le tarif est un tableau qui permet d'obtenir la prime d'assurance, correspondante à un risque moyen déterminé à partir d'une population statistique observée : La population d'un pays ou celle des assurés d'un portefeuille donné. Il peut revêtir plusieurs formes selon les sociétés d'assurance vie. Certaines sociétés utilisent des tarifs édités par âge de souscription, par combinaison et en fonction d'un capital de base donné. A partir des éléments contenus dans la proposition d'assurance : durée du contrat, âge du proposant, combinaison souhaitée, etc... On cherche dans le tarif le barème adéquat qui permet d'obtenir le taux de prime nette commercial applicable à tout capital souscrit.

Un problème majeur se pose : c'est de savoir comment à partir des données statistiques, des tables de mortalité, des probabilités viagères et des tables financières on arrive à élaborer un tarif vie. La solution qui s'impose nécessite un calcul actuariel et l'analyse de ce problème fera l'objet de la partie technique de cette étude.

Cependant on propose de présenter un extrait de tarif appliqué dans une entreprise d'assurance vie privée. Pour ce faire, il est admis par hypothèse que l'âge de souscription est 45 ans et le capital de base 10.000 F en cas de décès. (extrait du livre : Ce qu'il faut retenir... Assurance vie par Marc BERTRAND p. 54).

.../...

Durée	Temporaire	Vie entière	Mixte	Capital différé s co. assur.
.
.
10	111	677	1008	.	.	939
11
12
13
14
15	134	508	649	.	.	562
16
17
18
19
20	162	429	480	.	.	371
.
.
.

X Le fait que le tarif soit établi d'avance permet au vendeur de négocier plus facilement avec le client qui, peut avoir immédiatement une idée sur la valeur future de son engagement. Il suffit de déterminer le taux applicable suivant la combinaison et la durée, et de le multiplier par le capital proposé. Dans ce tableau par exemple on lit, pour une combinaison vie entière de durée 15 ans, le capital de base étant 10.000 F, une prime nette annuelle correspondante de 508 F. Le taux appliqué à n'importe quel capital souscrit pour les mêmes hypothèses sera alors de $(508 : 10.000) \times 100 = 5,08 \%$.

Mais, pour éviter des pratiques abusives, et dans l'intérêt des assurés souscripteurs et bénéficiaires de contrats d'assurance, l'Etat exerce un contrôle dans l'établissement des tarifs. En effet, avant toute application le tarif est soumis à l'agrément administratif et technique du ministère de tutelle, en général c'est le ministère des finances et de l'économie.

.../...

Cet agrément ministériel est l'acte par lequel le ministère de tutelle des assurances permet à une société d'assurance d'appliquer un tarif après y avoir exercé son contrôle. Ce qui implique que l'assureur doit disposer de bons mathématiciens actuaires pour pouvoir démontrer et expliquer pourquoi la société souhaite appliquer un tarif donné.

Il convient cependant de noter qu'un tarif bien étudié, permet une meilleure appréciation a posteriori en présence des déclarations du client et de l'intermédiaire. De même, ces déclarations et certains documents médicaux permettent une sélection du risque proposé, qui conduit à un meilleur ajustement de la prime.

b) Appréciation a posteriori du risque.

Les causes qui influencent la mortalité humaine sont nombreuses. On distingue principalement l'âge, l'état de santé, le sexe, la profession, les habitudes sociales etc... La proposition d'assurance et le rapport confidentiel de l'intermédiaire qui véhiculent des informations sur certains de ces éléments, permettent à l'assureur de bien identifier le risque et par voie de conséquence de l'accepter ou de le refuser, ou alors de le soumettre à une visite médicale suivant l'importance de l'affaire, avant toute décision.

Dans la pratique, les risques qui ne présentent pas de caractère particulier et dont la combinaison demandée ne nécessite pas une visite médicale (assurances en cas de vie) l'assureur procède au calcul de la prime sans problème particulier. A partir des renseignements consignés par la proposition d'assurance et à l'aide du tarif, il détermine le taux applicable et l'applique aux capitaux proposés pour obtenir la prime.

Mais, comme le tarif est édité par âge rond, et que les assurés à la souscription n'ont pas toujours un âge entier, l'assureur pour détourner la difficulté utilise le principe selon lequel l'âge à retenir est déterminé en nombre entier d'année : par défaut lorsqu'il s'est écoulé moins de six mois entre le dernier anniver-

saire du proposant et la date d'effet du contrat ; par excès dans le cas contraire.

Ainsi, si on a un proposant né le 1er Mars 1939 dont le contrat prend effet le 25 Juin 1984, son dernier anniversaire est le 1er Mars 1984. Du 1er Mars 1984 date à laquelle il a eu 45 ans et le 25 Juin 84 il s'est écoulé plus précisément trois mois et 25 jours. Cette durée étant inférieure à six mois, l'âge à retenir pour ce proposant est 45 ans. A contrario, si la date d'effet du contrat est le 1er Septembre 1984, le temps écoulé de la date du dernier anniversaire et cette nouvelle date d'effet est de sept mois. Sept mois étant bien supérieurs à six mois, l'âge à retenir pour ce proposant n'est plus 45 ans mais 46 ans.

Cependant, un autre problème se pose lorsqu'il s'agit d'une garantie sur deux têtes. Il convient dans ce cas de déterminer un âge commun à ces deux têtes car les tarifs d'assurance sur deux têtes ne sont utilisables que pour des têtes de même âge. Cet âge commun est déterminé à partir du tableau suivant, après avoir calculé par la méthode précédente l'âge de chacune des têtes.

(extrait du livre : L'Assurance : Théorie, pratique, comptabilité)
collection E.N.A. page 47.

Différence d'âges (1)	Années à ajouter à l'âge le plus jeune (2)	Différence d'âges (1)	Années à ajouter à l'âge le plus jeune (2)
1	1	11	7
2	1	12	8
3	2	13	8
4	2	14	9
5	3	15	10
6	3	16	11
7	4	17	12
8	5	18	12
9	5	19	13
10	6	20	14

Ainsi, pour trouver l'âge commun, on fait d'abord la différence des deux âges considérés, et on cherche dans la colonne (1)

cette différence, et on lit au regard le chiffre correspondant de la colonne (2) que l'on ajoute enfin à l'âge le plus jeune. Le total obtenu correspond à l'âge commun des deux têtes.

Lorsqu'on a plus de problème d'âge, le calcul de la prime se fait plus facilement à l'aide du tarif.

On constate qu'une fausse déclaration ou une erreur dans le calcul de l'âge a une incidence sur le montant de la prime. Ainsi convient-il que lors de la souscription l'âge du risque soit une base bien calculée ou exactement déclarée. A ce sujet, l'article 81 de la loi de 1930 stipule qu'une erreur sur l'âge entraîne soit la nullité du contrat, lorsque l'âge véritable se trouve en dehors des limites tarifaires, soit la réduction des sommes assurées proportionnellement à la prime s'il y a eu moins perçu, soit enfin la restitution du trop perçu par l'assureur lorsque une prime trop élevée a été encaissée.

Mais pour des risques importants (combinaison en cas de décès), l'assureur opère toujours une sélection.

En effet, le tarif étant élaboré sur la base du risque moyen (risque de référence) obtenu à partir des statistiques d'une population qui n'est pas celles des clients, on peut noter des écarts entre la mortalité du risque moyen et celle des risques réellement proposés. La sélection va permettre à l'assureur de déterminer dans quelle condition il peut assurer les risques qui se représentent par référence à cette moyenne, et au besoin d'ajuster les primes correspondantes. Par conséquent, il va éviter de garantir des risques dont la probabilité de réalisations, ou mieux la survenance prochaine du sinistre est quasi certaine, parce que leur mortalité est largement supérieure à celle du risque moyen.

D'autre part, l'assureur pratique la sélection pour une raison très particulière à l'assurance vie, qui tient à ce que l'assureur garantit dès la conclusion du contrat toutes les aggravations du risque.

Ce comportement de l'assureur à l'égard des risques qu'il prend en charge est tout à fait légitime. En effet, en tant que gestionnaire des fonds qui lui sont confiés, il ne doit pas

faire supporter à la mutualité des assurés des risques susceptibles d'entraîner des débours rapides. Les assurés ont ainsi intérêt à répondre loyalement aux questions qui leur sont posées, et doivent se soumettre à toutes les visites médicales exigées par l'assureur.

On peut avoir plusieurs sortes de sélections suivant les sociétés d'assurance vie. Le plus souvent l'assureur ne pratique que la sélection médicale et la sélection professionnelle.

La sélection médicale se pratique sous forme de questionnaire ou d'examen médical.

Le questionnaire médical est un document annexé à la proposition d'assurance et rempli par le proposant. Il comporte des questions relatives :

- à sa morphologie,
- à son état de santé passé et présent,
- à ses antécédents familiaux,
- à l'exercice de sa profession,
- à sa situation comme assuré d'un autre assureur vie.

En fonction des réponses du questionnaire et de l'importance de l'affaire, l'assureur peut demander un examen médical complet. Dans la pratique c'est le médecin-conseil de l'assureur qui est désigné pour examiner le risque afin d'obtenir une appréciation mieux étraquée.

L'examen médical auquel l'assuré est soumis comporte une prise de tension artérielle, une analyse simple d'urine, et peut être complété suivant les cas par des examens et analyses plus approfondis : analyse de sang, radiographie du thorax, électrogramme etc.. (cf annexe E page 58 : Tableau des examens requis en fonction de l'âge et du capital, utilisé par une société vie au CAMEROUN : ALICO)

.../...

L'assureur peut procéder également à une sélection professionnelle, car le métier principal exercé par le proposant peut avoir aussi une influence sur sa mortalité. En effet, il existe des professions dangereuses, fatigantes (travail à la mine, police, travaux publics...) et certains sports pratiqués à titre professionnel qui entraînent la surmortalité du risque (boxe, cyclisme...).

En somme, la sélection est un moyen qui permet à l'assureur de déterminer à l'aide de la proposition d'assurance, des documents médicaux et du rapport confidentiel de l'intermédiaire, quels sont les risques normaux et les risques anormaux.

Les risques normaux sont des risques dont la probabilité de réalisation approche celle du risque moyen de référence et que l'assureur garantit en général sans difficulté particulière. Par contre, les risques anormaux sont des risques aggravés ou des risques tarés que l'assureur ne peut garantir que moyennant certaines conditions, sinon il les exclut de sa garantie.

En effet, un risque aggravé est un risque qui est placé dans des conditions particulières propres à accroître la probabilité de survenance du sinistre (professions dangereuses etc...). D'autre part, un risque taré est un risque dont la probabilité de survie apparaît inférieure à la moyenne indiquée par les tables de mortalité, en raison de l'état de santé du proposant. Dans les deux cas, l'assureur veille à ce que la compensation de la surmortalité soit obtenue. Pour ce faire, il peut accepter le risque moyennant une surprime, en tarifant à un âge supérieur (vieillesse), ou en proposant une combinaison différente (mixte au lieu d'une vie entière). Dans tous les cas, si l'assureur n'arrive pas à compenser la mortalité, il ne peut garantir le risque et par conséquent le refuse.

Voilà autant de problèmes parmi tant d'autres que l'assureur vie doit surmonter. Qu'il s'agisse de l'organisation du réseau commercial, ou de l'appréciation du risque en vue de l'acceptation de la demande d'assurance, tous les problèmes évoqués contribuent

.../...

largement à l'échec de certaines sociétés d'assurance qui n'arrivent pas à les maîtriser. Mais ils ne constituent qu'une partie des difficultés majeures de l'assureur vie, car au niveau du contenu du contrat d'assurance vie, on se heurte également à certains problèmes relatifs aux aspects juridiques et techniques. C'est ce qu'on tente d'examiner dans la seconde partie de cette étude.

En effet, plusieurs idées directrices découlent de cette réglementation. Mais comme il a déjà été évoqué ci-haut certains aspects juridiques, on va se contenter ici de souligner essentiellement les problèmes liés au caractère bilatéral du contrat d'assurance vie et à la réglementation qui régit les parties intéressées.

a) Caractère bilatéral.

Le contrat d'assurance vie, comme tous les autres contrats d'assurance comporte des obligations réciproques à savoir : la prime et la couverture d'assurance. Ces deux prestations sont en principe étroitement liées mais, on constate une différence particulière à l'assurance vie liée au caractère facultatif de la prime.

En effet, la prestation de l'assuré : la prime, est un engagement immédiat mais facultatif en raison du caractère personnel de l'opération d'assurance vie (épargne). Ainsi, on ne peut exiger au souscripteur de continuer à payer les primes lorsque les intérêts ayant motivé la souscription du contrat ont disparu, ou lorsque les capacités financières ne permettent plus au souscripteur de payer les primes.

Une grande distinction réside ici entre l'assurance vie et les assurances I.A.R.D. La première a pour objet la constitution d'un patrimoine (capital ou rente), et les secondes la protection d'un patrimoine existant (les biens). Ainsi, tant que ce patrimoine subsiste, il est tout à fait normal que l'assuré qui a librement contracté pour une durée déterminée, continue obligatoirement de payer les primes correspondantes contrairement à ce qui se passe en assurance vie.

Dans tous les cas, en assurance vie lorsque l'assuré ou le souscripteur ne peut plus payer les primes, d'autres personnes que celles-ci qui ont intérêt au maintien des dispositions du contrat telles qu'elles ont été fixées à la souscription, peuvent être lésées. C'est le cas par exemple du bénéficiaire désigné d'une assurance en cas de décès, au seul profit duquel joue en définitive le contrat. Ainsi la loi pour assurer la protection des bénéficiaires

Par ailleurs, les contrats suspendus peuvent être remis en vigueur, si le paiement des primes arriérées plus les frais de mise en demeure intervient pendant la période de suspension, et la garantie est de nouveau acquise le lendemain à midi du jour de ce paiement. D'autre part, une remise en vigueur après que le contrat ait été mis en valeur de réduction n'est possible qu'après paiement des primes dues plus les intérêts de retard, et après accord de l'assureur suite à un nouveau contrôle médical.

A contrario, l'engagement de l'assureur est un engagement à long terme et résulte de la nature du risque pris en charge : c'est-à-dire de l'évènement incertain et indépendant de la volonté des parties.

En effet, dans les combinaisons en cas de vie l'assureur doit verser des sommes aux assurés à la seule condition que ceux-ci soient vivants à une date déterminée. Ainsi dans la pratique, aucun problème ne pose dans la détermination de son engagement qui en fait est fonction de la survie des assurés.

Cependant, dans les combinaisons en cas de décès, la situation est bien différente. En principe l'assureur garantit toutes les causes de mort. Mais que se passerait-il si au départ un assuré présente un état de santé normal lors de la souscription du contrat, et que par la suite se réfuge sous l'empire de l'ivresse permanente l'entraînant dans un état très critique : aggravation du risque ... ? La réponse est tout à fait simple : le risque restera garanti car la théorie des aggravations (Art 17 de la loi de 1930) applicable dans les assurances I.A.R.D. n'est pas applicable en assurance vie, notamment dans les combinaisons en cas de décès. Cette théorie n'est pas applicable parce que dès la souscription, l'assureur s'engage à garantir et le risque tel qu'il se présente au départ, et ses aggravations en cours de contrat, en particulier celles résultant de l'état de santé de l'assuré. Ainsi l'assureur devrait exécuter son obligation dès la réalisation du risque : le règlement de la somme assurée.

Mais, ce principe de garantir toutes les causes de mort n'est pas absolu car certaines restrictions sont apportées par la loi ou par les parties à la garantie du décès de l'assuré.

On compte trois cas d'exclusions légales : le suicide de l'assuré, son meurtre par le bénéficiaire du contrat et le risque de guerre.

En effet, l'article 62 de la loi de 1930 stipule que l'assureur ne peut garantir le suicide conscient de l'assuré que passé un délai de deux ans après la conclusion du contrat. Le suicide conscient est celui qui a été provoqué par une personne en pleine possession de ses facultés mentales et une parfaite lucidité. A contrario, le suicide inconscient est l'acte commis par une personne dans un état de démence c'est-à-dire qui n'a plus la pleine possession de ses facultés mentales. Par conséquent, l'assureur doit normalement garantir le suicide inconscient dans tous les cas, et le suicide conscient après ce délai de deux ans. Par ailleurs, le même article dispose que l'assureur doit prouver le suicide pour faire jouer l'exclusion, et le bénéficiaire du contrat l'inconscience de l'assuré pour faire jouer la garantie. Mais les nouveaux textes du code des assurances art. L 132-7 ne disent plus rien sur ce point de la preuve, et on peut penser que dans l'esprit de la loi, pour faire jouer l'exclusion légale, c'est à l'assureur qu'il incombe désormais de prouver et le suicide, et la conscience de l'assuré. C'est un problème nouveau qui se pose à l'assureur, et la jurisprudence conformément aux règles habituelles de preuve, admet que celle-ci peut être rapportée à l'aide des présomptions graves, précises et de témoignages. Ainsi, toujours dans le même esprit de la loi, si le suicide conscient n'est pas prouvé, cela revient à dire que l'assuré a agit dans l'inconscience et l'assureur doit régler la somme assurée. Dans le cas contraire, le contrat d'assurance est de nul effet, l'assureur doit verser au bénéficiaire du contrat, conformément aux dispositions du nouveau texte (art. L 132-18) du code des assurances, une somme égale à la provision mathématique du contrat, contrairement à l'article 62 de la loi de 1930 qui attribue cette provision mathématique aux ayants-droit de l'assuré.

Il faut noter que ce délai de deux ans pendant lequel le suicide conscient est exclu n'est qu'un minimum légal, et les parties peuvent conventionnellement l'allonger. Inversement, ces parties peuvent exclure le suicide, même inconscient dans ce délai de deux ans ou au delà.

Le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire est également exclu par l'article 79 de la loi de 1930 qui dispose que : "le contrat d'assurance cesse d'avoir effet quand le bénéficiaire a occasionné volontairement la mort à l'assuré...". Cette exclusion ne joue donc pas en cas de ~~l'~~ homicide involontaire, par imprudence, en cas de légitime défense, comme en cas de coups et blessures volontaires ayant entraîné la mort sans l'intention de la donner. Mais la simple complicité dans le meurtre de l'assuré est acceptée. Par ailleurs, le nouveau texte en son article L 132-24 ajoute qu'il faut également que le bénéficiaire soit condamné pour le crime envisagé afin que l'exclusion soit applicable ; condition qui n'est pas exigée par le texte antérieur.

Ainsi, lorsque les conditions sont réunies, le contrat est sans effet à l'égard du bénéficiaire condamné, mais l'assureur est obligé ^{de} à verser la provision mathématique, même si à la différence de l'ancien texte moins de trois primes annuelles ont été payées, soit au contractant, soit aux ayants-droit. En cas de plusieurs bénéficiaires dont un seul est condamné pour meurtre de l'assuré, les bénéficiaires ^{innocents} ~~inconscients~~ reçoivent à la fois leur part de capital, promis et la part de la provision mathématique du bénéficiaire condamné.

Ces deux premières exclusions légales reposent sur une raison d'ordre moral car, le suicide et le meurtre sont des actes contraires aux règles de la morale, et se justifient aussi par un motif d'ordre technique car le fait pour l'assuré de se donner volontairement la mort, ou le fait du bénéficiaire de porter atteinte volontairement aux jours de l'assuré, éliminent le caractère aléatoire du contrat ; ce caractère étant relatif en assurance en cas de décès où le sinistre surviendra, mais ^{ou} ~~on~~ ne sait pas quand.

Enfin, la troisième exclusion légale est le risque de guerre. A propos, la loi interdit aux assureurs vie de prendre des engagements fermes, et leur demande cependant d'inclure dans les polices la clause selon laquelle : "en cas de guerre, la garantie du contrat n'aura effet que dans les conditions qui seront déterminées par le législateur en ce temps précis, sur les assurances sur la vie."

Par ailleurs les exclusions conventionnelles qui sont des restrictions apportées par les parties, notamment par l'assureur tendent à se restreindre de plus en plus, et ne concernent le plus souvent que le risque d'aviation. En effet, l'assureur accepte de couvrir sans surprime les risques de décès courus par l'assuré civil ou militaire, au cours de voyages aériens accomplis à bord d'appareils munis d'un certificat valable de navigation, et conduits par des personnes pourvues d'un brevet de pilote valable et approprié. En revanche, il refuse de garantir l'assuré lorsque celui-ci participe même à titre de simple voyageur à des compétitions, vols d'essais etc...

En dehors des cas d'exclusion ou de non garantie, l'assureur est alors obligé d'exécuter ses engagements soit au terme du contrat, en cas de survie de l'assuré dans les assurances en cas de vie, soit au décès de l'assuré dans les assurances en cas de décès.

Dans le premier cas (assurances en cas de vie), l'assuré ne peut prétendre au règlement de la somme assurée que sur justification de sa date de naissance, du contrat et des éventuels avenants qu'il doit faire parvenir à l'assureur.

Dans le second cas (assurances en cas de décès), le bénéficiaire du contrat doit faire parvenir à l'assureur : le contrat, les avenants éventuels, l'acte de décès et le certificat médical qui établissent si possible le genre de maladie ou d'accident auquel l'assuré a succombé.

.../...

Enfin dans tous les deux cas, ce paiement du capital ou de la rente intervient soit dans les 15 jours ou dans les 30 jours suivant les compagnies d'assurance vie, après justification et vérification des pièces fournies par l'assuré. La détermination du montant du règlement ne doit pas poser de problème car les sommes assurées sont fixées d'avance par la police, à moins qu'il ne s'agisse du rachat (cf partie technique).

En somme, ces engagements étant définis, une réglementation s'impose pour régir les rapports et les capacités de toutes les parties intéressées par le contrat d'assurance vie.

b) La réglementation

En principe tout contrat dispose d'une réglementation qui régit les obligations des parties intéressées. En assurance vie, les parties sont constituées de l'assureur d'une part, et du contractant, de l'assuré et du bénéficiaire d'autre part.

L'assureur est toujours une personne morale, ayant obtenu l'agrément du ministère de tutelle : ministère des finances et de l'économie, pour pratiquer les opérations d'assurance vie, en vertu desquelles il est soumis au contrôle assumé par ce même ministère.

Par conséquent, l'assureur est un organisme qui garantit le risque moyennant perception d'une prime et s'engage à payer les sinistres.

Mais techniquement toutes les sociétés ne sont pas habilitées à présenter les opérations d'assurance vie : en l'occurrence les sociétés mutuelles pures à cotisations variables, car malgré le caractère variable du risque en assurance vie, la prime correspondante qui devait être aussi variable est une prime nivelée et constante pendant toute la durée du contrat.

Le contractant est à contrario une personne physique ou morale qui s'engage à signer le contrat et à payer les primes.

.../...

Pour des raisons déjà évoquées, ce paiement de primes est facultatif (caractère personnel de l'opération d'épargne).

Mais, toutes les personnes physiques peuvent être contractantes d'une assurance vie, sauf les personnes n'ayant pas la capacité juridique : majeurs en tutelle, mineurs non émancipés.

Cependant l'assuré est obligatoirement une personne physique sur laquelle repose le risque. L'exécution du contrat dépend de son décès dans les assurances en cas de décès, ou de sa survie dans les assurances en cas de vie. Sa vie peut être assurée par elle même ou par un tiers (art. 56 Loi 30). Mais lorsqu'un tiers contracte une assurance en cas de décès sur la tête de l'assuré, ce dernier doit donner son consentement par écrit avec indication de la somme assurée sinon, le contrat est frappé de nullité (art. 57 Loi 30).

Par conséquent, d'après les dispositions de cet article 57, l'assuré doit signer la proposition, sa signature sur la police n'est pas obligatoire. Son consentement n'est pas requis pour les contrats en cas de vie où tout le monde peut être assuré même les mineurs, les interdits et les aliénés. A contrario, la loi du 13 Juillet 1930 apporte des restrictions en ce qui concerne les contrats en cas de décès, et dont la violation entraîne la nullité du contrat. En effet, l'art. 58 de la même loi interdit d'assurer en cas de décès les mineurs de moins de 12 ans. Les mineurs de plus de 12 ans, de moins de 18 ans ne peuvent être assurés en cas de décès qu'avec l'autorisation du parent qui est investi de la puissance paternelle, du tuteur ou du curateur (art. 59 Loi 30). De même, pour les femmes mariées, le même article exige l'autorisation du mari. Cette autorisation ne dispense pas cependant du consentement personnel de l'incapable. A défaut de cette autorisation et de ce consentement, la nullité du contrat peut être demandée par tout intéressé.

En résumé, toutes ces dispositions sur la personne assurée, notamment celles de l'article 58 Loi 30 se justifient parce que le consentement de l'assuré est indispensable à la validité du contrat (Art. 57). Alors que les enfants mineurs, les faibles

d'esprit, les interdits ou les aliénés sont le plus souvent à la merci des manoeuvres d'individus malhonnêtes, qui peuvent faire de la mort de ceux-ci une source de revenu par le truchement de l'assurance vie (cas de décès), il fallait que la loi intervienne car, ce serait un acte immoral et odieux, et se serait également un véritable encouragement à laisser ces personnes sans soins comme il arrive que des parents indigènes songent à le faire.

Enfin, l'article 59 de la loi 30 se justifie par le fait que ces personnes : mineurs de plus de 12 ans et les femmes mariées dépendent pour les uns de l'autorité paternelle et pour les autres du mari administrateur du patrimoine du couple dans certains régimes matrimoniaux. (communauté des biens).

Enfin, la quatrième personne intéressée est le bénéficiaire. Ce dernier peut être une personne physique ou morale désignée pour recueillir le bénéfice d'assurance soit, au décès de l'assuré, soit à sa survie. Généralement, on distingue deux sortes de bénéficiaires : en cas de vie c'est souvent l'assuré lui-même, et en cas de décès la femme et les enfants.

Dans tous les cas, c'est le contractant qui désigne le bénéficiaire. Et si l'assuré est différent du contractant, il doit donner son consentement dans la désignation du bénéficiaire (art. 57).

Il faut noter que la désignation du bénéficiaire pose un certain nombre de problèmes qu'il y a lieu d'examiner. En pratique il est désigné par avenant, sur proposition d'assurance, par testament ou par endossement.

La signature du bénéficiaire n'est pas toujours exigée, et le contractant pourra changer son nom à son insu. Mais lorsqu'il s'agit d'une désignation par endossement, l'article 61 de la loi de 1930 exige le nom du bénéficiaire de l'endossement et la signature de l'endosseur.

.../...

Le bénéficiaire est réputé avoir seul le droit sur les sommes assurées à partir du jour de la conclusion du contrat, quelle soit la date de désignation, même si son acceptation est postérieure à la mort de l'assuré (art. 67 Loi 30). Pour que ce droit lui soit attribué, il faut qu'il soit déterminable : nommément désigné, ou même sans indication de nom (conjoint, enfants nés ou à naître, héritier...). Par conséquent, s'il n'est pas déterminable, cela suppose qu'il y a absence de bénéficiaire, soit parce que le bénéficiaire est prédécédé, et qu'il n'y a eu aucune autre indication soit la clause bénéficiaire n'était pas remplie. Dans ce cas, les sommes assurées entrent dans le patrimoine du contractant (art. 66 L. 30).

Par ailleurs, si le bénéficiaire manifeste la volonté de prendre possession de son droit, son acceptation ne peut plus être révoquée par le contractant. Cette acceptation peut revêtir la forme d'un avenant, ou du paiement d'une prime.

Mais il y a trois cas de révocation après l'acceptation du bénéficiaire : la tentative de meurtre de l'assuré par ce dernier (art. 79 L. 30), l'ingratitude et l'acceptation écrite par le bénéficiaire de la révocation.

Ainsi, le contenu juridique du contrat d'assurance vie revêt une importance particulière tant au niveau des engagements des parties, qu'au niveau de la réglementation.

De même, le contenu technique compte tenu de la complexité de l'opération d'assurance vie requiert une attention particulière.

.../...

B. - ASPECTS TECHNIQUES DU CONTRAT.

La complexité technique de l'opération d'assurance vie est liée à la nature même des engagements des parties et au caractère variable de l'objet de ses engagements.

L'assureur vie, pour réaliser cette opération, fait recours à certaines bases techniques qui lui permettent d'approcher la réalité. Il s'agit des statistiques, des tables de mortalité, des probabilités viagères et des tables financières.

Ainsi, la combinaison de ces instruments qui ne sont pas tous utilisés dans les autres branches d'assurance, permet à l'assureur vie de confectionner ses tarifs et de constituer les provisions mathématiques.

a) Confection des tarifs.

Pour confectionner ses tarifs l'assureur vie part des statistiques c'est-à-dire des tables de mortalité, calcule les probabilités viagères, et combine les résultats obtenus avec les intérêts composés pour déterminer les primes pures ou les taux de primes pures applicables.

Une table de mortalité est un tableau obtenu à partir des statistiques d'une population à une époque donnée. Elle enseigne pour chaque âge x appelé aussi âge rond, le nombre de vivants, le nombre de décès et permet de calculer les taux annuels de mortalité et de survie humaine. Lorsque ces éléments décrivent ou mesurent la mortalité d'un pays, on dit que la table de mortalité est démographique. Par contre, s'il s'agit d'une population restreinte des assurés d'un portefeuille donné, on dit que la table est actuarielle ou d'expérience.

Théoriquement, pour construire une table de mortalité, il convient de prendre par exemple un grand nombre de nouveau-nés et de les suivre dès l'âge zéro, pendant leur durée de vie, soit

.../...

au maximum une centaine d'année. On note à chaque fois qu'une année passe combien il y a de survivants. Si au bout de x années, il reste environ Y têtes de survivants, on note le nombre de survivants à l'âge x : $l_x = Y$

si par exemple $x = 70$ ans
 $Y = 500.000 \Rightarrow l_{70} = 500.000$

Un an après c'est-à-dire à l'âge $x + 1$ le nombre de survivants sera l_{x+1} . Par conséquent le nombre de décès dx entre l'âge x et l'âge $x+1$ sera égal à $l_x - l_{x+1}$. C'est-à-dire le nombre de survivants à l'âge x moins le nombre de survivants à l'âge $x + 1$.

$$\boxed{dx = l_x - l_{x+1}}$$

On peut noter que lorsqu'on connaît dx , et l_x la table de mortalité des personnes âgées de x années est définie car tous les éléments : taux annuels de mortalité et de survie, dépendent de ces deux premiers éléments.

Par définition le taux annuel de mortalité à l'âge x (q_x) est la probabilité qu'a une tête d'âge x de mourir dans l'année. Il est égal au rapport du nombre de décès sur le nombre de survivants à l'âge x :

soit :
$$\boxed{\frac{dx}{l_x} = q_x}$$

Le taux annuel de survie à l'âge x (p_x) est par contre la probabilité qu'a une tête d'âge x de survivre dans l'année. Il s'obtient en faisant la différence suivante : $1 - q_x = p_x$ car il est certain que : soit la tête x décède dans le délai d'un an, soit elle survit. Par conséquent $p_x + q_x = 1$.

Ce qui implique :

si $q_x = \frac{dx}{l_x}$ et $dx = l_x - l_{x+1}$

.../...

$$\Rightarrow px = \frac{1 - \cancel{lx} - lx + 1}{lx} \Rightarrow px = \frac{lx - lx + lx + 1}{lx}$$

$$\text{d'où } px = \boxed{\frac{lx + 1}{lx}}$$

A partir des ensembles lx , dx , qx , px on peut donc construire une table de mortalité.

	âge x	Vivants à l'âge x (lx)	Décès à l'âge x (dx)	Taux annuel de mortalité (qx)	Taux annuel de survie (px)
$x = 1 \rightarrow$	1	l_1	d_1	q_1	p_1
	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
$x = n \rightarrow$	n	l_n	d_n	q_n	p_n
	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮
	⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

Cependant les actuaires ont remarqué que les résultats qx appelés taux brut de mortalité représentent des imperfections car on peut avoir par exemple un taux de mortalité expérimental à l'âge x , supérieur à celui de l'âge $x + 1$.

$$qx > qx + 1$$

Ces résultats constituent ainsi une suite qui n'est pas régulière. C'est pourquoi, les actuaires ont procédé à des ajustements par des méthodes distinctes dont la méthode analytique de l'équation de Makehan (MKH) qui est pratiquement la seule à être utilisée actuellement.

Les tables de mortalité ajustées sont cependant utilisées par les assureurs pour le calcul des probabilités viagères comme

.../...

on vient de le voir. Il est par ailleurs recommandé aux assureurs d'utiliser les tables de mortalité les plus récentes compte tenu de l'évolution des conditions de vie, par conséquent de la baisse de la mortalité. Ainsi, les tables les plus récentes à être utilisées sont celles de la population masculine P M 1960 - 1964 MKH pour les assureurs en cas de décès, et celles de la population féminine P F 1960 - 1964 MKH pour les assurances en cas de vie (cf annexe C).
pages 54-55

En effet, le risque en assurance vie étant le décès prématuré ou la vieillesse prolongée, les primes d'assurance seront calculées en fonction de la probabilité de réalisation de ces risques. On appliquera px pour les combinaisons en cas de vie, et qx pour les combinaisons en cas de décès.

Enfin l'un des instruments utilisé encore par les assureurs est la table financière ou les intérêts composés. En effet, les primes perçues par les assureurs, lorsqu'elles ne sont pas utilisées pour le règlement immédiat des sinistres, sont placées financièrement. Ces placements sont faits à intérêts composés c'est-à-dire lorsqu'à la fin de chaque année, l'intérêt simple obtenu au cours de l'année est ajouté au capital pour produire à son tour intérêt simple pendant l'année suivante.

Ainsi, si au début de l'année on a un capital c qui est placé à intérêt simple au taux i , l'intérêt obtenu à la fin de cette année est ic . La valeur totale constituée dite valeur acquise est $c + ic = c(1 + i)$.

La seconde année, cette valeur $c(1 + i)$ est de nouveau placée et l'intérêt produit est $c(1 + i)i$. La nouvelle valeur acquise sera $c(1 + i) + c(1 + i)i = c(1 + i)(1 + i) = c(1 + i)^2$. Si on continue cette démarche, en général on verra que la valeur acquise (C) à la fin de la n° année sera de :

$$C = c(1 + i)^n$$

.../...

Cette valeur acquise par définition est la valeur C acquise par un capital c capitalisé à intérêts composés après n années.

A contrario, le capital c qui après n années de placement a permis d'obtenir C est dite valeur actuelle du nouveau capital C

$$\text{si } C = c(1+i)^n \Rightarrow \boxed{c = \frac{C}{(1+i)^n} = C(1+i)^{-n}}$$

Ainsi, les intérêts composés lorsqu'on ne tient pas compte des probabilités viagères, permettent de calculer les primes pures.

Mais, comme dans les assurances vie, les engagements des parties sont étroitement liés aux probabilités viagères. Il y a lieu d'en tenir compte dans le calcul de la prime. Ainsi le résultat obtenu à partir de l'escompte (valeur ^{actuelle} acquise), est multiplié par la probabilité de survie (px) de l'assuré s'il s'agit d'une assurance en cas de vie, ou par sa probabilité de décès (qx) s'il s'agit d'une combinaison en cas de décès. Dans ces cas, on ne parlera plus de valeur actuelle financière, mais d'une valeur actuelle viagère qui est égale au produit de la valeur actuelle financière $(C(1+i)^{-n} = c)$ par les taux annuels de mortalité (qx) ou de survie (px).

Les tables financières sont éditées d'avance et permettent de lire directement les valeurs acquises ou les valeurs actuelles en fonction d'un capital de base donné (1 F) à des taux d'intérêts différents (cf annexe D. page 56-57).

Ainsi l'usage successive de tous ces documents actuariels permettent d'aboutir au calcul des primes pures.

On peut cependant illustrer cette démarche par des exemples plus précis.

.../...

1) Calcul de la prime pure : Capital différé sans contre assurance.

Un assuré touchera un capital de 10.000 F, mais à la condition qu'il soit en vie au terme du contrat, et uniquement dans ce cas.

Si on veut assurer 1.000 têtes âgées de 30 ans pour un capital de 10.000 F payable dans 10 ans en cas de vie : les tables de mortalité applicables sont les tables P F 60 - 64 MKH, et le taux d'intérêt de 4,50 % est retenu pour l'escompte.

a) la valeur actuelle de 10.000 F payable dans 10 ans à 4,50 % est de :

$$10.000 (1 + 0,045)^{-10} = 10.000 \times 0,6439 = 6439$$

b) Par ailleurs on ne paiera le capital aux assurés qu'à la condition qu'ils soient vivants à l'échéance. Les tables P F 60 - 64 MKH indiquent :

nombre de survivants à l'âge de 30 ans (l_{30}) = 964 820
nombre de survivants à l'âge de 40 ans (l_{40}) = 952 159
nombre de décès entre 30 et 40 ans (d_{30}) = 12 661

D'où la probabilité de survie (p_x) = $\frac{l_{40}}{l_{30}} = \frac{952\ 159}{964\ 820} = 0,9868$

soit $p_x = 0,987$.

sur 1.000 assurés âgés de 30 ans, on aura à régler le capital promis à 987 assurés âgés de 40 ans.

on aura donc à régler $987 \times 6439 = 6.355.293$

Pour pouvoir payer cette somme il faudra demander à chaque assuré $6.355.293 : 1.000 = 6355,293$

Ainsi la prime pure = 6355,293

.../...

La formule finale à retenir dans ce cas est :

$$\underbrace{C \text{ escompté}} \times \underbrace{\frac{\text{vivants à l'échéance}}{\text{vivants à la souscription}}}_{p^n} = \underbrace{\text{Prime unique pure capital différé}}_{P.U. \text{ cD}}$$

$$C(1+i)^{-n} \times \text{Probabilité de survie n années après } p^n = P.U. \text{ cD}$$

2) Calcul de la prime pure : temporaire

Un assureur s'engage à verser un capital de 10.000 F si un assuré âgé de 40 ans décède dans l'année.

Les tables de mortalité P M 60 - 64 MKH indiquent :

nombre de vivants à l'âge de 40 ans (l_{40})	=	922 556
nombre de vivants à l'âge de 41 ans (l_{41})	=	918 955
nombre de décès à l'âge de 40 ans (d_{40})	=	3 601.

Si l'assureur avait à assurer 922 556 personnes âgées de 40 ans pour un capital de 10.000 F par tête, il sera obligé de verser au cours de l'année $10.000 \times 3601 = 36.010.000$ F.

Cependant l'assureur ignore à quelles époques il devra effectuer ces versements, car les décès peuvent se produire à un moment quelconque. Mais on admet qu'il se répartiront uniformément dans l'année et tout se passe comme si la somme totale était versée dans 6 mois. On peut donc effectuer l'escompte pendant 6 mois.

Si le taux d'intérêt est de 3,5 %, la somme totale à percevoir par l'assureur est donc de :

$$10.000 (1 + 0,035)^{-\frac{1}{2}} \times 3601 = 10.000 \times 0,9829 \times 3601 = 35394229.$$

Mais comme il ne s'agit que d'un seul assuré celui-ci devra payer 35394229 : 922 556 = 38,36 F.

d'où prime pure unique = 38,36.

La formule finale à retenir est :

$$\underbrace{C \text{ escompté}}_{\text{Valeur actuelle}} \times \underbrace{\frac{\text{Décès}}{\text{vivants à la souscription}}}_{\text{Probabilité de décès}} = \underbrace{P U \text{ pure (temps)}}_{\text{P U pure temps 1 an}}$$
$$C(1+i)^{-\frac{1}{2}} \times qx = P U \text{ pure temps 1 an}$$

Cependant, il faut noter que la plupart des primes sont des primes annuelles payables d'avance qui peuvent être fractionnées par semestre ou par trimestre.

Les primes uniques peuvent être demandées, mais l'usage en est rare pour les combinaisons courantes.

Par ailleurs, si la prime annuelle devait être calculée, selon la même méthode que celle utilisée pour le calcul de la prime unique, elle devrait être une prime croissante, car chaque année le risque de décès augmente avec l'âge, et le montant de l'escompte diminue avec la durée.

Comme les clients le comprendront assez mal, les assureurs ont l'habitude de demander des primes identiques qu'on appelle primes nivelées. Le montant de cette prime sera important au début de la période d'assurance, afin de compenser l'insuffisance à la fin de la période.

D'autre part, les primes pures ne permettent de couvrir que le risque sans que l'assureur puisse faire face à ses frais de gestion (salaires, loyers...). La prime pure augmentée du chargement pour ces frais de gestion va alors donner une nouvelle prime dite prime d'inventaire.

$$\text{Prime d'inventaire} = \text{Prime pure} + \text{chargement de gestion.}$$

Aussi il est nécessaire de rémunérer les intermédiaires qui jouent également un rôle dans la production des assureurs en réalisant des contrats. Ce nouveau chargement va être appelé frais d'acquisition et s'ajoute à la prime d'inventaire. On aura de nouveau une prime brute ou commerciale.

Prime brute ou commerciale = Prime d'inventaire + frais
d'acquisition.

A cette prime commerciale on ajoutera des taxes perçues sur le contrat pour obtenir enfin de compte la prime totale payable par l'assuré.

Prime total = Prime commerciale + taxes.

Enfin, dans l'hypothèse d'une assurance mixte à primes annuelles (addition temporaire et capital différé), la prime annuelle commerciale (P C) peut être décomposée en trois parts : La prime du risque pure (P R), la prime d'épargne (P E) et les chargements (CH)

$$P C = P R + P E + CH.$$

- les chargements (CH) sont absorbés chaque année par les frais de fonctionnement de la société d'assurance (acquisition, gestion...)

- La prime du risque (P R) servira à payer les sinistres survenus au cours de l'exercice.

- La prime d'épargne (P E) sera placée chaque année à intérêts composés. La valeur acquise par toutes les primes d'épargne successive devrait correspondre exactement au capital du en cas de vie au terme du contrat.

C'est cette prime d'épargne qui sert donc à constituer les provisions mathématiques.

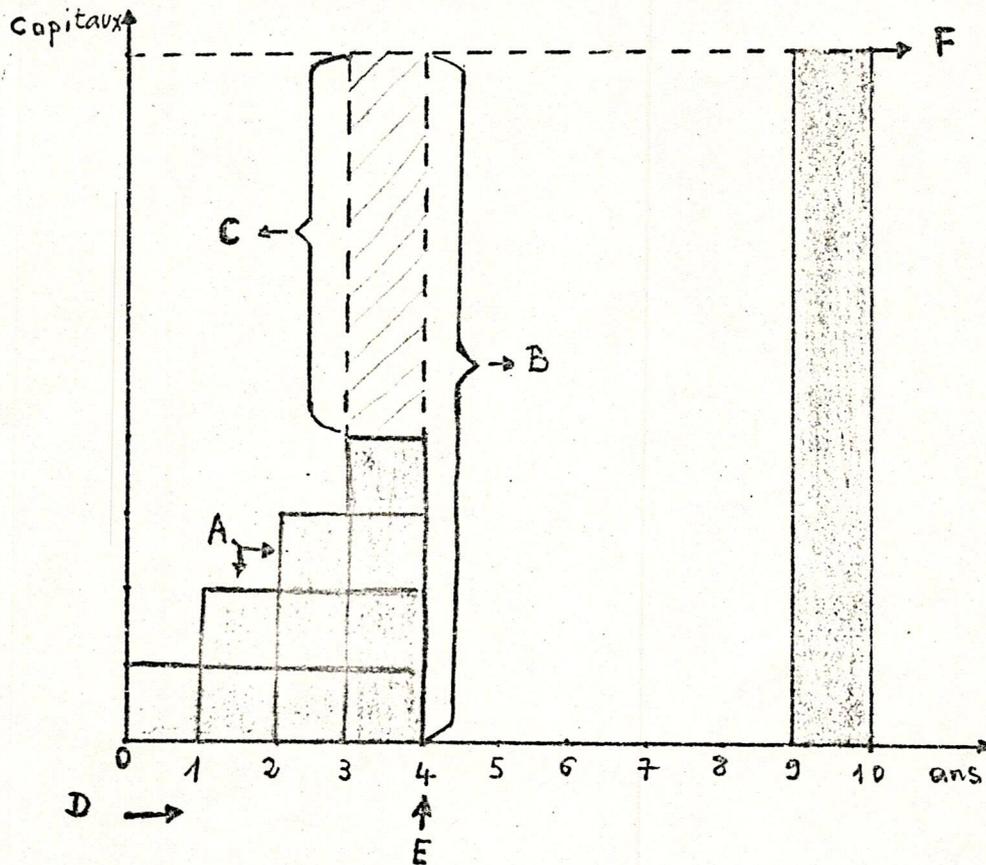
A titre de conclusion partielle on constate l'extrême complexité des méthodes utilisées pour la confection des tarifs d'assurance vie, complexité que l'on retrouve du reste pour la constitution des provisions mathématiques.

.../...

b) Les provisions mathématiques.

L'assureur vie doit constituer des provisions mathématiques pour faire face à ses engagements. Ces provisions sont calculées mathématiquement, et constituent une masse sur laquelle les assurés ont des droits particuliers qu'ils peuvent faire valoir sous quatre formes : la réduction, le rachat, l'avance et la transformation.

Par définition, les provisions mathématiques représentent la différence entre les valeurs actuelles des engagements de l'assuré et celles des engagements de l'assureur. Enfin de contrat, les engagements de l'assuré sont nuls, et la réserve globale représente les engagements de l'assureurs.

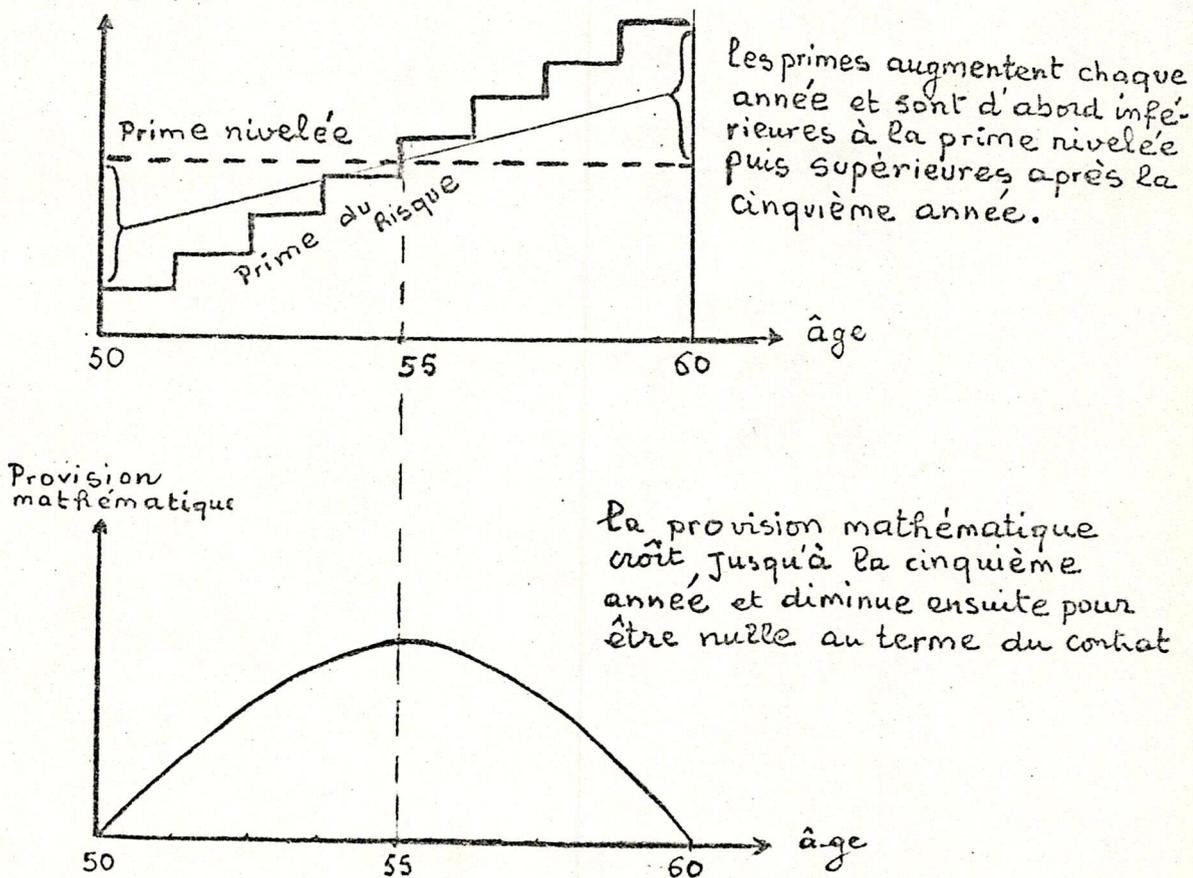


- A = Primes payées et capitalisées
- B = Valeur actuelle de l'engagement de l'assureur au terme de la 4^e année
- C = Valeur actuelle de l'engagement de l'assuré au terme de la 4^e année
- D = Durée du contrat et du paiement des primes
- E = Total au terme de la 4^e année des primes versées et capitalisées égal à la provision mathématique (B - C)
- F = Niveau de l'engagement de l'assureur au terme du contrat (10^e année, montant du capital à verser).

Ces provisions mathématiques se caractérisent par deux aspects particuliers.

En effet, dans une combinaison décès par exemple une temporaire, à primes annuelles, la prime devrait être croissante compte tenu du caractère variable du risque au cours de la période d'assurance. Mais comme les assurés n'accepteraient pas de payer à chaque fois qu'il le faudrait une telle prime croissante, et pour des raisons commerciales, l'assureur demande à la place une prime nivelée identique pendant toute la période d'assurance considérée, mais trop forte au début de cette période et trop faible à la fin. L'excédent du début doit être donc mis de côté par l'assureur pour suppléer à la insuffisance des dernières années du contrat. C'est le premier aspect des provisions mathématiques : le nivellement des primes.

Exemple d'une temporaire de durée 10 ans, âge de souscription 50 ans :

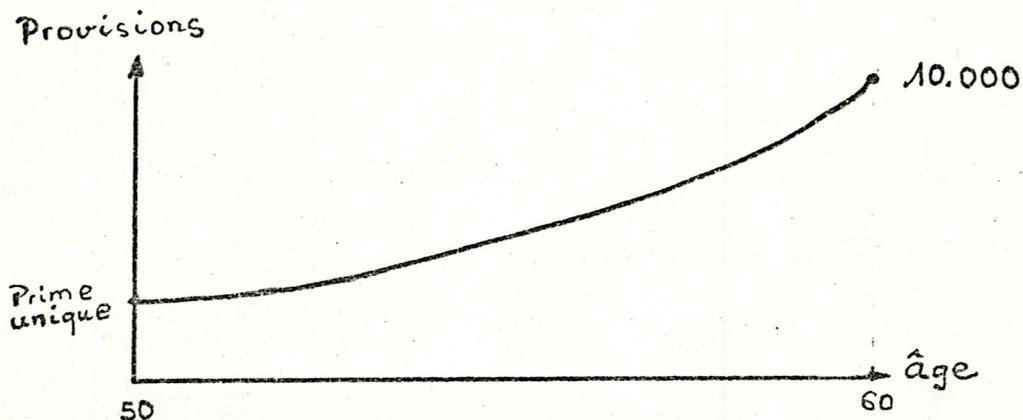


.../...

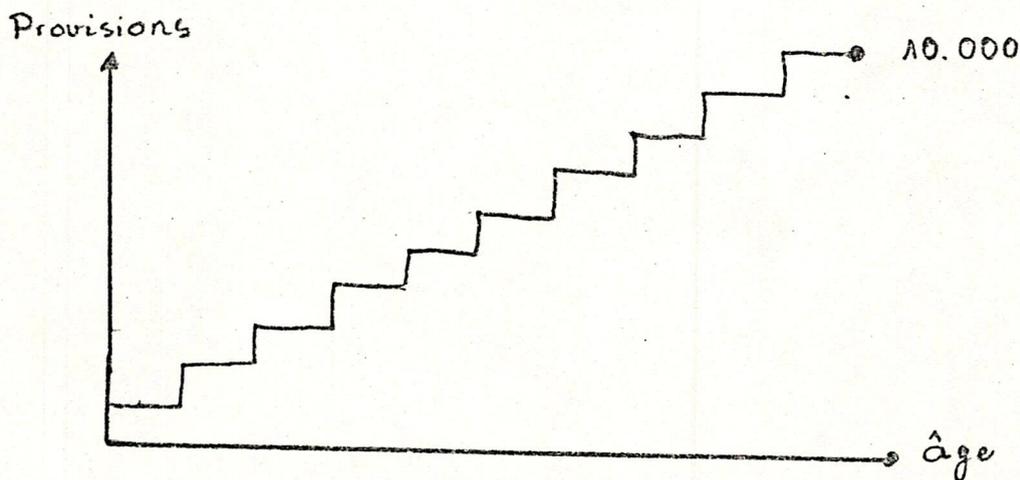
Si maintenant on prend l'exemple d'un contrat garantissant au bout de 10 ans, le paiement d'un capital différé de 10.000 F

Chaque année, l'assureur doit mettre en réserve la prime versée par l'assuré ainsi que les intérêts produits par la capitalisation des primes antérieures afin de pouvoir verser, au bout de 10 ans, le capital prévu si l'assuré est en vie : - c'est la capitalisation des primes ; second aspect des provisions mathématiques.

Graphiquement, dans le cas d'une prime unique la situation se présente de la manière suivante :



Dans le cas d'une prime annuelle on aura graphiquement :



la provision augmente chaque année à la fois de la prime d'inventaire versée et de la capitalisation des primes antérieures.

... / ...

Le calcul des provisions mathématiques peut se faire de différentes méthodes :

La première se fait par réccurance. Il s'agit d'enregistrer successivement les opérations comptables qui intéressent le contrat.

La seconde est rétrospective. A la fin de l'année k, on examine ce qui s'est passé : l'assuré a payé k primes, la provision mathématique est la somme qui subsiste c'est-à-dire k primes nettes de frais capitalisées.

Enfin il y a la méthode prospective. On se place toujours à la fin de la k^e année, mais on examine l'avenir c'est-à-dire ce qui se passera jusqu'à l'échéance du contrat.

Dans ce dernier cas, la provision mathématique étant bien égale à la différence entre les valeurs actuelles des engagements à venir de l'assureur (couvrir le risque prévu pendant k années) et de ceux de l'assuré (payer la prime pendant n - k années).

on aura :

si π_{x+k}^{n-k} représente la prime unique du contrat à l'âge (x+k)

pour la durée (n - k)

et si $w_x a_{(x+k)}^{(n-k)}$ représente la valeur actuelle des primes à

échoir et correspond à une rente temporaire payable d'avance, d'après la définition des provisions mathématiques celles-ci seront égales à :

$$G_k = \pi_{x+k}^{n-k} - w_x a_{(x+k)}^{(n-k)}$$

Les provisions mathématiques sont par ailleurs à la base de tous les calculs concernant : la valeur de réduction, la valeur de rachat, les transformations et les avances.

.../...

En effet, conformément aux dispositions de l'article 75 de la loi de 1930, le défaut de paiement de prime n'a pour sanction après respect des dispositions de l'article 16 de la même loi, soit la résiliation pour des contrats qui n'ont pas de provision mathématique suffisante, soit la réduction des effets des contrats qui ont une provision mathématique suffisante lorsque le souscripteur a versé au moins trois primes annuelles.

On calcule approximativement cette valeur de réduction par une simple règle de trois pour la plupart des formules courantes. (cette méthode est actuellement empirique et approximative)

$$\text{valeur de réduction} = \frac{\text{nombre de primes versées}}{\text{nombre de primes prévues}} \times \text{Capital}$$

Le rachat par contre est l'opération par laquelle le souscripteur demande le paiement anticipé de la provision mathématique. Elle s'analyse comme étant la valeur actuelle de la réduction et est payable dans l'immédiat à la différence de la réduction.

Exemple : si la valeur de réduction = 5.000 F, à l'échéance du contrat dans 10 ans le rachat sera si le taux = 5 %

$$5.000 (1 + 0,05)^{-10} = 3069,56 \text{ F}$$

Conformément à l'article 77 de la loi de 1930, le rachat est obligatoire quand le souscripteur le demande sauf cas de force majeure constatée par décret. Cependant l'assureur a le droit de retirer une indemnité puisqu'il a engagé initialement des frais d'acquisition dont l'amortissement devait se faire progressivement par les chargements des primes annuelles.

Lorsqu'un contrat a une valeur de rachat, l'assureur peut consentir des avances qui en général sont limitées à 90 % de la valeur de rachat. A la différence de la réduction et du rachat, les avances ne sont pas réglementées et ne sont pas aussi obligatoires pour l'assureur.

.../...

Enfin, le contrat d'assurance vie étant facultatif, lorsque la situation initiale du souscripteur se modifie, celui-ci peut demander la transformation de son contrat ; par exemple transformer une vie entière en mixte. Le calcul du nouveau capital tient compte de la provision mathématique de l'ancien contrat.

$$\text{Nouveau capital garanti} = \frac{\text{Provision mathématique de l'ancien contrat}}{\text{Prime unique d'inventaire de la nouvelle combinaison.}}$$

C O N C L U S I O N
=====

On a pu noter l'extrême complexité des éléments relatifs au droit et à la technique de l'assurance qui ne cesse de susciter le soucis permanent des assureurs.

Cet exposé a voulu souligner la complexité plus grande des éléments ayant trait essentiellement à l'assurance vie. Il en ressort qu'aussi bien à la naissance du contrat d'assurance (souscription par l'assurable, acceptation par l'assureur), qu'au cours même de l'existence du contrat (contenu juridique et technique) on rencontre des facteurs qui n'ont pas leur pendant dans les autres branches d'assurances (I.A.R.D.).

En effet, il a été souligné que :

- d'une part, pour pouvoir vendre en assurance vie, il faut nécessairement un réseau commercial bien organisé, capable de créer un besoin ou une envie chez des personnes qui n'y pensent pas, car il est rare que l'assurable vienne spontanément demander l'établissement d'une police sur la vie, contrairement à ce qui se passe pour le risque dommage.

- d'autre part, pour éviter toute éventuelle insolvabilité de l'assureur suite à des débours rapides et liés au caractère variable de la vie humaine, l'appréciation du risque doit être faite moyennant des méthodes et des instruments appropriés qui puissent permettre à l'assureur d'approcher la réalité humaine : l'ajustement des primes.

- Enfin, la confection et l'usage de ces instruments qui permettent à l'assureur d'apprécier plus exactement le risque, et l'interprétation du contrat de l'assurance vie exigent d'être faites par des professionnels spécialisés.(juristes, actuaires....)

.../...

En somme, la maîtrise de l'assurance vie requiert dès lors un personnel de haut niveau pour la gestion et des vendeurs chevronnés pour son expansion. Cela implique pour ceux qui exercent déjà cette activité le renforcement des conditions de capacité professionnelle requise par l'exigence des stages dans des instituts spécialisés en assurances.

A N N E X E A
L É G I S L A T I O N

LOI DU 13 JUILLET 1930
relative au Contrat d'Assurances
J.O. du 18 juillet 1930
(Extraits)

.....
TITRE III

Des Assurances de personnes

Section I. — Dispositions générales

Art. 54. — En matière d'assurance sur la vie (assurance en cas de décès et assurance en cas de vie) et d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, les sommes assurées sont fixées par la police.

Art. 55. — Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

Section II. — Des assurances sur la vie

Art. 56. — La vie d'une personne peut être assurée par elle-même ou par un tiers.

Art. 57. — L'assurance en cas de décès contractée par un tiers sur la tête de l'assuré est nulle, si ce dernier n'y a pas donné son consentement par écrit avec indication de la somme assurée.

Le consentement de l'assuré doit, à peine de nullité, être donné par écrit, pour toute cession ou constitution de gage et pour transfert du bénéfice du contrat souscrit sur sa tête par un tiers.

Art. 58. — Il est défendu à toute personne de contracter une assurance en cas de décès sur la tête d'un mineur âgé de moins de 12 ans, d'un interdit, d'une personne placée dans une maison d'aliénés.

Toute assurance contractée en violation de cette prohibition est nulle.

La nullité est prononcée sur la demande de l'assureur, du souscripteur de la police ou du représentant de l'incapable.

Les primes payées doivent être intégralement restituées.

L'assureur et le souscripteur sont en outre passibles, pour chaque assurance conclue sciemment en violation de cette interdiction, d'une amende de 100 à 5 000 F. L'article 463 du Code pénal est applicable.

Ces dispositions ne mettent point obstacle dans l'assurance, en cas de décès, au remboursement des primes payées en exécution d'un contrat d'assurance en cas de vie, souscrit sur la tête d'une des personnes visées au premier alinéa ci-dessus.

Art. 59. — Une assurance en cas de décès ne peut être contractée par une autre personne : — sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de 12 ans, sans l'autorisation de celui de ses parents, qui est investi de la puissance paternelle, de son tuteur ou de son curateur ; — sur la tête d'une femme mariée, sans l'autorisation de son mari.

Cette autorisation ne dispense pas du consentement personnel de l'incapable.

A défaut de cette autorisation et de ce consentement, la nullité du contrat est prononcée à la demande de tout intéressé.

A N N E X E A (suite)

Art. 60. — La police d'assurance sur la vie doit indiquer, outre les énonciations mentionnées dans l'article 9 :

- 1° Les noms, prénoms et date de naissance de celui ou ceux sur la tête desquels repose l'opération ;
- 2° Les noms, prénoms du bénéficiaire, s'il est déterminé ;
- 3° L'événement ou le terme duquel dépend l'exigibilité des sommes assurées ;
- 4° Les conditions de la réduction si le contrat implique l'admission de la réduction, conformément aux dispositions des articles 75 et 76.

Art. 61. — La police d'assurance sur la vie peut être à ordre. Elle ne peut être au porteur.

L'endossement d'une police d'assurance sur la vie à ordre doit, à peine de nullité, être daté, indiquer le nom du bénéficiaire de l'endossement, et être signé de l'endosseur.

Art. 62. — L'assurance en cas de décès est de nul effet si l'assuré se donne volontairement la mort. Toutefois, l'assureur doit payer aux ayants droit une somme égale au montant de la réserve, nonobstant toute convention contraire.

Toute police contenant une clause par laquelle l'assureur s'engage à payer la somme assurée, même en cas de suicide volontaire et conscient de l'assuré, ne peut produire effet que passé un délai de deux ans après la conclusion du contrat.

La preuve du suicide de l'assuré incombe à l'assureur, celle de l'inconscience de l'assuré au bénéficiaire de l'assurance.

Art. 63. — Le capital ou la rente assurés peuvent être payables lors du décès de l'assuré, à un ou plusieurs bénéficiaires déterminés.

Est considérée comme faite au profit de bénéficiaires déterminés la stipulation par laquelle le contractant attribue le bénéfice de l'assurance, soit à sa femme sans indication de nom, soit à ses enfants et descendants nés ou à naître, soit à ses héritiers, sans qu'il soit nécessaire d'inscrire leurs noms dans la police ou dans tout autre acte ultérieur contenant attribution du capital assuré.

L'assurance faite au profit de la femme de l'assuré profite à la personne qu'il épouse même après la date du contrat. En cas de second mariage, le profit de cette stipulation appartient à la veuve.

Les enfants et descendants, les héritiers du contractant ainsi désignés ont droit au bénéfice de l'assurance en proportion de leurs parts bénéficiaires. Ils conservent ce droit en cas de renonciation à sa succession.

En l'absence de désignation d'un bénéficiaire déterminé dans la police ou à défaut d'acceptation par le bénéficiaire désigné, le souscripteur de la police a le droit de désigner un bénéficiaire ou de substituer un bénéficiaire à un autre. Cette désignation ou cette substitution se fait, soit par testament, soit entre vifs par voie d'avenant ou en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code civil ou quand la police est à ordre, par voie d'endossement.

Art. 64. — La stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation expresse ou tacite du bénéficiaire.

Tant que l'acceptation n'a point eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut en conséquence être exercé de son vivant par ses créanciers, ni par ses représentants légaux.

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du stipulant par ses héritiers, qu'après l'exigibilité de la somme assurée et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de l'assurance a été mis en demeure par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il l'accepte.

L'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit ou la révocation de cette stipulation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'il en a eu connaissance.

ANNEXE A (suite)

L'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance sur la vie à une personne déterminée est présumée faite sous la condition de l'existence du bénéficiaire à l'époque de l'exigibilité du capital ou de la rente assurés, à moins que le contraire ne résulte des termes de la stipulation.

Art. 65. — La police d'assurance peut être donnée en gage soit par ave-nant, soit par endossement à titre de garantie si elle est à ordre, soit par acte soumis aux formalités de l'article 2075 du Code civil.

Art. 66. — Lorsque l'assurance en cas de décès a été conclue sans dési-gnation d'un bénéficiaire, le capital fait partie de la succession du contrac-tant.

Art. 67. — Les sommes stipulées payables lors du décès de l'assuré à un bénéficiaire déterminé ou à ses héritiers ne font pas partie de la succession de l'assuré. Le bénéficiaire, quelles que soient la forme et la date de sa dési-gnation, est réputé y avoir eu seul droit, à partir du jour du contrat même si son acceptation est postérieure à la mort de l'assuré.

Art. 68. — Les sommes payables au décès de l'assuré à un bénéficiaire déterminé ne sont soumises ni aux règles du rapport à succession, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers de l'assuré.

Ces règles ne s'appliquent pas non plus aux sommes versées par l'assuré à titre de primes, à moins que celles-ci n'aient été manifestement exagérées eu égard à ses facultés.

Art. 69. — Le capital assuré au profit d'un bénéficiaire déterminé ne peut être réclamé par les créanciers de l'assuré. Ces derniers ont seulement droit au remboursement des primes dans le cas indiqué par l'article 68, deuxième alinéa ci-dessus, en vertu soit de l'article 1167 du Code civil, soit des articles 446 et 447 du Code de commerce.

Art. 70. — Tout bénéficiaire peut, après avoir accepté la stipulation faite à son profit et si la cessibilité de ce droit a été expressément prévue ou avec le consentement du contractant, transmettre lui-même le bénéfice du contrat, soit par une cession dans la forme de l'article 1690 du Code civil soit, si la police est à ordre, par endossement.

Art. 71. — Le bénéfice de l'assurance contractée par un époux commun en biens en faveur de son conjoint, constitue un propre pour celui-ci.

Aucune récompense n'est due à la communauté en raison des primes payées par elle, sauf dans les cas spécifiés dans l'article 68, deuxième alinéa ci-dessus.

Art. 72. — Les articles 559 et 564 du Code de commerce concernant les droits de la femme du failli sont sans application en cas d'assurance sur la vie contractée par un commerçant au profit de sa femme.

Art. 73. — Les époux peuvent contracter une assurance réciproque sur la tête de chacun d'eux par un seul et même acte.

Art. 74. — Tout intéressé peut se substituer au contractant pour payer les primes.

Art. 75. — L'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes.

Le défaut de paiement d'une prime n'a pour sanction, après accom-plissement des formalités prescrites par l'article 16, que la résiliation pure et simple de l'assurance ou la réduction de ses effets.

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

Art. 76. — Les conditions de la réduction doivent être indiquées dans la police de manière que l'assuré puisse à toute époque connaître la somme à laquelle l'assurance sera réduite en cas de cessation du paiement des primes.

A N N E X E A (Suite)

L'assurance réduite ne peut être inférieure à celle que l'assuré obtiendrait en appliquant comme prime unique à la souscription d'une assurance de même nature, et conformément aux tarifs d'inventaire en vigueur lors de l'assurance primitive, une somme égale à la réserve de son contrat à la date de la résiliation, cette réserve étant diminuée de 1 p. 100 au maximum de la somme primitivement assurée.

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

Art. 77. — Sauf dans le cas de force majeure constaté par décret rendu sur la proposition du ministre du Travail, le rachat sur la demande de l'assuré, est obligatoire.

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

Le prix du rachat, le nombre de primes à payer avant que le rachat ou les avances puissent être demandées, doivent être déterminés par un règlement général de l'assureur, sur avis du ministre du Travail. Ce règlement ne peut être modifié que par des règlements généraux postérieurs soumis au même avis.

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

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

Art. 78. — Les assurances temporaires en cas de décès ne donnent lieu ni à la réduction ni au rachat. Ne comportent pas le rachat les assurances de capitaux de survie et de rente de survie, les assurances en cas de vie sans contre-assurance, et les rentes viagères différées sans contre-assurance.

Art. 79. — Le contrat d'assurance cesse d'avoir effet quand le bénéficiaire a occasionné volontairement la mort de l'assuré.

Le montant de la réserve doit être versé par l'assureur aux héritiers ou ayants cause du contractant, si les primes ont été payées pendant trois ans au moins.

En cas de simple tentative, le contractant a le droit de révoquer l'attribution du bénéfice de l'assurance, même si l'auteur de cette tentative avait déjà accepté le bénéfice de la stipulation faite à son profit.

Art. 80. — En cas de désignation d'un bénéficiaire par testament, le paiement des sommes assurées fait à celui qui, sans cette désignation y aurait eu droit, est libératoire pour l'assureur de bonne foi.

Art. 81. — L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente assurée est réduit en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt.

Art. 82. — En cas de faillite ou de liquidation judiciaire de l'assureur, la créance de chacun des bénéficiaires des contrats en cours est arrêtée, au jour du jugement de déclaration de faillite ou de liquidation judiciaire, à une somme égale à la réserve de chaque contrat, calculée sans aucune majoration sur les bases techniques du tarif des primes en vigueur lors de la conclusion du contrat.

Art. 83. — Sont considérées comme assurances populaires, les assurances sur la vie à primes périodiques, sans examen médical obligatoire, dont le montant ne dépasse pas, sur la même tête, le maximum fixé par décret et dans lesquelles, en l'absence d'examen médical, le capital stipulé n'est intégralement payable au cas de décès que si le décès survient après un délai spécifié au contrat.

Par dérogation à l'article 75 ci-dessus, le paiement des primes de la première année est obligatoire. Le contrat pourra être rédigé en un seul exemplaire remis à l'assuré. Les dispositions de l'article 16 ci-dessus ne sont pas applicables.

A N N E X E B

PRINCIPAUX PRODUITS D'ASSURANCE VIE

A. - ASSURANCES EN CAS DE DECES.

Dans ces combinaisons, l'assureur s'engage à effectuer un ou plusieurs versements déterminés, au cas où l'assuré viendrait à décéder pendant la durée du contrat.

Les principales assurances en cas de décès sont :

- a) Temporaire : L'assureur s'engage à verser un certain capital au moment du décès de l'assuré si ce décès survient avant l'expiration du contrat.
- b) Temporaire avec contre-assurance : l'assureur doit verser le capital au moment du décès de l'assuré, si ce décès vient à se produire avant l'échéance du contrat. Si au contraire l'assuré est en vie à l'échéance, l'assureur rembourse le montant des primes versées.
- c) Vie entière : L'assureur s'engage à verser un certain capital lors du décès de l'assuré, à quelque époque que ce décès se produise.
- d) Vie entière différée : Le capital garanti est versé par l'assureur au moment du décès de l'assuré, si ce décès survient après l'expiration d'un délai déterminé.
- e) Vie entière différée avec contre-assurance : cette combinaison est en tout semblable à la précédente, à cette exception près que si l'assuré décède pendant la durée du délai fixé, l'assureur rembourse les primes versées.
- f) Mixte : L'assureur doit verser un capital déterminé, soit au décès de l'assuré si ce décès survient avant l'échéance du contrat, soit à l'échéance si l'assuré est encore en vie à ce moment.

A N N E X E B (suite)

B. - ASSURANCES EN CAS DE VIE.

Ce sont des combinaisons dans lesquelles l'assureur s'engage à un ou plusieurs versements déterminés au cas où l'assuré est en vie pendant un certain délai, ou à l'expiration d'une durée fixée.

Les principales assurances en cas de vie sont :

- a) Capital différé : L'assureur s'engage à verser un certain capital à l'assuré, si ce dernier est en vie à une date déterminée.
- b) Capital différé avec contre-assurance : même combinaison que la précédente, sauf qu'au contraire les primes sont remboursées par l'assureur au cas où l'assuré décède avant l'échéance du contrat.
- c) Rente viagère immédiate : L'assureur s'engage à payer d'avance ou à terme échu une rente aussi longtemps que l'assuré est vivant.
- d) Rente temporaire : L'assureur s'engage à verser une rente pendant un délai déterminé, aussi longtemps du moins que l'assuré est vivant.
- e) Rente viagère différée : L'assureur s'engage à verser une rente après l'expiration d'un délai déterminé jusqu'à ce que l'assuré décède.
- f) Rente viagère différée avec contre-assurance : Cette combinaison est semblable à la précédente, mais en outre l'assureur s'engage à rembourser les primes versées si l'assuré décède avant la date à laquelle le paiement de rente doit commencer.

ANNEXE C

TABLE DE MORTALITÉ
P M 60 - 64 M K H

AGE	NOMBRE		AGE	NOMBRE	
	de vivants	de décès annuels		de vivants	de décès annuels
0	1 000 000	24 280	54	835 348	10 512
1	975 720	2 220	55	824 836	11 310
2	973 500	1 100	56	813 526	12 158
3	972 400	750	57	801 368	13 054
4	971 650	610	58	788 314	14 000
5	971 040	530	59	774 314	14 992
6	970 510	470	60	759 322	16 029
7	970 040	440	61	743 293	17 110
8	969 600	410	62	726 183	18 227
9	969 190	390	63	707 956	19 377
10	968 800	380	64	688 579	20 552
11	968 420	379	65	668 027	21 741
12	968 041	390	66	646 286	22 934
13	967 651	430	67	623 352	24 119
14	967 221	510	68	599 233	25 278
15	966 711	649	69	573 955	26 393
16	966 062	800	70	547 562	27 446
17	965 262	970	71	520 116	28 412
18	964 292	1 110	72	491 704	29 269
19	963 182	1 221	73	462 435	29 989
20	961 961	1 299	74	432 446	30 547
21	960 662	1 370	75	401 899	30 914
22	959 292	1 420	76	370 985	31 067
23	957 872	1 470	77	339 918	30 980
24	956 402	1 490	78	308 938	30 633
25	954 912	1 530	79	278 305	30 013
26	953 382	1 560	80	248 292	29 110
27	951 822	1 580	81	219 182	27 923
28	950 242	1 606	82	191 259	26 464
29	948 636	1 646	83	164 795	24 752
30	946 990	1 729	84	140 043	22 820
31	945 261	1 853	85	117 223	20 710
32	943 408	1 989	86	96 513	18 473
33	941 419	2 136	87	78 040	16 171
34	939 283	2 297	88	61 869	13 867
35	936 986	2 471	89	48 002	11 628
36	934 515	2 662	90	36 374	9 513
37	931 853	2 868	91	26 861	7 576
38	928 985	3 093	92	19 285	5 859
39	925 892	3 336	93	13 426	4 389
40	922 556	3 601	94	9 037	3 174
41	918 955	3 888	95	5 863	2 209
42	915 067	4 199	96	3 654	1 475
43	910 868	4 536	97	2 179	941
44	906 332	4 901	98	1 238	570
45	901 431	5 295	99	668	328
46	896 136	5 720	100	310	177
47	890 416	6 182	101	163	90
48	884 234	6 677	102	73	43
49	877 557	7 210	103	30	19
50	870 347	7 783	104	11	7
51	862 564	8 398	105	4	3
52	854 166	9 057	106	1	1
53	845 109	9 761			

ANNEXE C (suite)

TABLE DE MORTALITÉ
P F 60 - 64 M K II

AGE	NOMBRE		AGE	NOMBRE	
	de vivants	de décès annuels		de vivants	de décès annuels
0	1 000 000	18 490	54	909 956	5 353
1	981 510	1 990	55	904 603	5 847
2	979 520	909	56	898 756	6 389
3	978 611	610	57	892 367	6 983
4	978 001	480	58	885 384	7 632
5	977 521	400	59	877 752	8 340
6	977 121	340	60	869 412	9 110
7	976 781	300	61	860 302	9 949
8	976 481	271	62	850 353	10 856
9	976 210	249	63	839 497	11 838
10	975 961	241	64	827 659	12 896
11	975 720	240	65	814 703	14 031
12	975 480	249	66	800 732	15 245
13	975 231	270	67	785 487	16 538
14	974 961	310	68	768 949	17 906
15	974 651	360	69	751 043	19 347
16	974 291	410	70	731 696	20 853
17	973 881	471	71	710 843	22 414
18	973 410	520	72	688 429	24 018
19	972 890	570	73	664 411	25 647
20	972 320	600	74	638 704	27 281
21	971 720	619	75	611 483	28 891
22	971 101	650	76	582 592	30 449
23	970 451	681	77	552 143	31 915
24	969 770	718	78	520 228	33 251
25	969 052	757	79	486 977	34 407
26	968 295	799	80	452 570	35 339
27	967 496	843	81	417 231	35 992
28	966 653	892	82	381 239	36 318
29	965 761	941	83	344 921	36 268
30	964 820	995	84	308 653	35 805
31	963 825	1 039	85	272 848	34 897
32	962 786	1 088	86	237 951	33 533
33	961 698	1 143	87	204 418	31 717
34	960 555	1 205	88	172 701	29 478
35	959 350	1 271	89	143 223	26 809
36	958 079	1 346	90	116 354	23 965
37	956 733	1 430	91	92 389	20 870
38	955 303	1 520	92	71 519	17 695
39	953 783	1 624	93	53 824	14 566
40	952 159	1 735	94	39 258	11 604
41	950 424	1 861	95	27 654	8 911
42	948 563	1 999	96	18 743	6 573
43	946 564	2 152	97	12 170	4 636
44	944 412	2 321	98	7 534	3 110
45	942 091	2 509	99	4 424	1 974
46	939 582	2 715	100	2 450	1 179
47	936 867	2 944	101	1 271	658
48	933 923	3 196	102	613	340
49	930 727	3 474	103	273	162
50	927 253	3 781	104	111	70
51	923 472	4 120	105	41	28
52	919 352	4 493	106	13	13
53	914 859	4 903			

ANNEXE D.

TABLES FINANCIÈRES

Table I. — Valeur acquise par 1 franc placé à intérêts composés ou valeur de $(1 + i)^n$.

PÉRIODES	3,25 %	3,50 %	3,75 %	4 %	4,50 %
1	1,032 500	1,035 000	1,037 500	1,040 000	1,045 000
2	1,066 056	1,071 225	1,076 406	1,081 600	1,092 025
3	1,100 703	1,108 718	1,116 771	1,124 864	1,141 166
4	1,136 476	1,147 523	1,158 650	1,169 859	1,192 519
5	1,173 411	1,187 686	1,202 100	1,216 653	1,246 182
6	1,211 547	1,229 255	1,247 179	1,265 319	1,302 260
7	1,250 923	1,272 279	1,293 948	1,315 932	1,360 862
8	1,291 578	1,316 809	1,342 471	1,368 569	1,422 101
9	1,333 554	1,362 897	1,392 813	1,423 312	1,486 095
10	1,376 894	1,410 599	1,445 044	1,480 244	1,552 969
11	1,421 643	1,459 970	1,499 233	1,539 454	1,622 853
12	1,467 847	1,511 069	1,555 454	1,601 032	1,695 881
13	1,515 552	1,563 956	1,613 784	1,665 074	1,772 196
14	1,564 807	1,618 695	1,674 301	1,731 676	1,851 945
15	1,615 663	1,675 349	1,737 037	1,800 944	1,935 282
16	1,668 173	1,733 986	1,802 228	1,872 981	2,022 370
17	1,722 388	1,794 676	1,869 811	1,947 900	2,113 377
18	1,778 366	1,857 489	1,939 929	2,025 817	2,208 479
19	1,836 163	1,922 501	2,012 677	2,106 849	2,307 860
20	1,895 838	1,989 789	2,088 152	2,191 123	2,411 714
21	1,957 453	2,059 431	2,166 458	2,278 768	2,520 241
22	2,021 070	2,131 512	2,247 700	2,369 919	2,633 652
23	2,086 755	2,206 114	2,331 989	2,464 716	2,752 166
24	2,154 574	2,283 328	2,419 438	2,563 304	2,876 014
25	2,224 598	2,363 245	2,510 167	2,665 836	3,005 434
26	2,296 897	2,445 959	2,604 298	2,772 470	3,140 679
27	2,371 546	2,531 567	2,701 960	2,883 369	3,282 010
28	2,448 622	2,620 172	2,803 283	2,998 703	3,429 700
29	2,528 202	2,711 878	2,908 406	3,118 651	3,584 036
30	2,610 368	2,806 794	3,017 471	3,243 398	3,745 318
35	3,063 036	3,333 590	3,627 302	3,946 089	4,667 348
40	3,594 201	3,959 260	4,360 379	4,801 021	5,816 365
45	4,217 477	4,702 359	5,241 610	5,841 176	7,248 248
50	4,948 835	5,584 927	6,300 939	7,106 683	9,032 636

ANNEXE D. (suite)

TABLES FINANCIÈRES

Table II. — Valeur actuelle de 1 franc payable dans n périodes ou valeur de $(1 + i)^{-n}$.

PÉRIODES	3,25 %	3,50 %	3,75 %	4 %	4,50 %
1	0,968 523	0,966 184	0,963 855	0,961 538	0,956 938
2	0,938 037	0,933 511	0,929 017	0,924 556	0,915 730
3	0,908 510	0,901 943	0,895 438	0,888 996	0,876 297
4	0,879 913	0,871 442	0,863 073	0,854 804	0,838 561
5	0,852 216	0,841 973	0,831 878	0,821 927	0,802 451
6	0,825 391	0,813 501	0,801 810	0,790 315	0,767 896
7	0,799 410	0,785 991	0,772 829	0,759 918	0,734 828
8	0,774 247	0,759 412	0,744 895	0,730 690	0,703 185
9	0,749 876	0,733 731	0,717 971	0,702 587	0,672 904
10	0,726 272	0,708 919	0,692 020	0,675 564	0,643 928
11	0,703 411	0,684 946	0,667 008	0,649 581	0,616 199
12	0,681 270	0,661 783	0,642 899	0,624 597	0,589 664
13	0,659 826	0,639 404	0,619 662	0,600 574	0,564 272
14	0,639 056	0,617 782	0,597 264	0,577 475	0,539 973
15	0,618 941	0,596 891	0,575 676	0,555 264	0,516 720
16	0,599 458	0,576 706	0,554 869	0,533 908	0,494 469
17	0,580 589	0,557 204	0,534 813	0,513 373	0,473 176
18	0,562 314	0,538 361	0,515 483	0,493 628	0,452 800
19	0,544 614	0,520 156	0,496 851	0,474 642	0,433 302
20	0,527 471	0,502 566	0,478 892	0,456 387	0,414 643
21	0,510 868	0,485 579	0,461 583	0,438 834	0,396 787
22	0,494 787	0,469 151	0,444 899	0,421 955	0,379 701
23	0,479 213	0,453 286	0,428 819	0,405 726	0,363 350
24	0,464 129	0,437 957	0,413 319	0,390 121	0,347 703
25	0,449 519	0,423 147	0,398 380	0,375 117	0,332 731
26	0,435 370	0,408 838	0,383 981	0,360 689	0,318 402
27	0,421 666	0,395 012	0,370 102	0,346 817	0,304 691
28	0,408 393	0,381 654	0,356 725	0,333 477	0,291 571
29	0,395 538	0,368 748	0,343 831	0,320 651	0,279 015
30	0,383 088	0,356 278	0,331 403	0,308 319	0,267 000
35	0,326 473	0,299 977	0,275 687	0,253 415	0,214 254
40	0,278 226	0,252 572	0,229 338	0,208 289	0,171 929
45	0,237 109	0,212 659	0,190 781	0,171 198	0,137 964
50	0,202 068	0,179 053	0,158 707	0,140 713	0,110 710

A N N E X E E

TABLEAU DES EXAMENS REQUIS EN FONCTION DE L'AGE ET DU CAPITAL.

AGE	Limites de non médical	0	5.000.000	10.000.000	120.000.000	150.000.000
0-15	1.000.000	5.000.000 MED	10.000.000	20.000.000	149.999.999	et plus 4.000.000
15-35	2.500.000	MED	MED	2 MED HOS X- RAY	2 MED HOS X- RAY ECG	2 MED HOS X- RAY ECG
35-40	1.000.000	MED	MED HOS	MED HOS X- RAY ECG	2 MED HOS X- RAY ECG	2 MED HOS X- RAY ECG
40-45	-	MED	MED HOS X - RAY	2 MED HOS X - RAY ECG	2 MED HOS X - RAY ECG	2 MED HOS X - RAY FDM - ECG
45-49	-	MED	MED HOS X - RAY	2 MED HOS X - RAY ECG	2 MED HOS X- RAY ECG	2 MED HOS X- RAY FDM-ECG
50 et plus	-	MED HOS	MED HOS X- RAY ECG	2 MED HOS X- RAY ECG	2 MED HOS X6RAY ECG	2 MED HOS X6RAY FDM-ECG

LEGENDE

- MED = C-3 = Examen Médical simple
- HOS = UND-18 = Analyse des Urines
- X-RAY= CX-RAY = Radiographie du Thorax
- ECG = " = Electrocardiogramme
- FDM-ECG= = Festing double Master ECG
- UND-30 = Renseignements spéciaux
- = UND-34 = Tension artérielle
- = UND-12 = Formulaire spécial
- HEARTCHART = Examen du Coeur.

BIBLIOGRAPHIE - SOMMAIRE

=====

A. - OUVRAGES GENERAUX

- . Christian VILLARS - Le Manuel de l'Inspecteur et de l'Agent Assurance sur la vie 7è éd. 1971 Argus.
- . Collection E N A - L'Assurance : Théorie-Pratique-Comptabilité Tome 2 4è éd. 1970 Argus.
- . G. URSYN - Connaître, Vendre l'assurance vie Argus 1975
- Méthodes et techniques de vente Argus 1980
- . Marc BERTRAND - Ce qu'il faut retenir Assurance Vie C P E N A Argus 1978.
- . PICARD et BESSON - Assurances Terrestres, Tome 1 5è éd. 1972
- . Yvonne LAMBERT-FAIURE - Droit des Assurances 4è éd. DALLOZ

B. - PERIODIQUES D'ASSURANCE

- . Annuaire pratique vie 1982-1983 Grande branche et groupe
- . Institut International des Assurances : Assurance vie en Afrique n° 2 Janvier 1976.

C. - TEXTES

- . Code des assurances : Le contrat 6è éd. Argus.
- . Loi du 13 Juillet 1930.

D. - COURS

- . KOUROUMA Ahmadou Directeur CICARE
cours Actuariat Vie
cours de mathématiques financières
- . Marc BERTRAND, Professeur à l'E N A Paris
cours d'assurance vie
- . Olivier GUIBOUT, Commissaire Contrôleur au Ministère des Finances Paris
cours de Bases techniques d'assurance.

TABLE de MATIERES
=====

	<u>Pages</u>
PLAN	1
<u>INTRODUCTION</u>	2
. Pourquoi l'assurance	
. Définition - classification de l'assurance vie	
. Rôle et importance de l'assurance vie	
<u>PREMIERE PARTIE</u> : PROBLEMES RELATIFS A LA SOUSCRIPTION du CONTRAT D'ASSURANCE VIE	5
A. - AU NIVEAU DE LA DEMANDE D'ASSURANCE : Le réseau commercial	6
a) - Réseau commercial et offre d'assurance : relations Assureur - Intermédiaire	6
b) - Réseau commercial et demande d'assurance : Relations Intermédiaire - Assurable	8
B. - AU NIVEAU DE L'ACCEPTATION DE LA DEMANDE d'ASSU- RANCE : L'appréciation du risque	11
a) Appréciation à priori du risque	12
b) Appréciation à posteriori du risque	14
<u>DEUXIEME PARTIE</u> : PROBLEMES RELATIF AU CONTENU DU CONTRAT D'ASSURANCE VIE	20
A. - ASPECTS JURIDIQUES DU CONTRAT	20
a) Caractère bilatéral du contrat	21
b) La réglementation du contrat	27
B. - ASPECTS TECHNIQUES DU CONTRAT	31
a) Confection des tarifs	31
b) Provisions mathématiques	40
<u>CONCLUSION</u>	46
<u>ANNEXES</u> :	48
A. : Loi du 13 Juillet 1930 relatif au contrat d'assu- rance : Titre III des assurances de personnes.	48
B. : Principaux produits d'assurances Vie	52
Assurances en cas de décès	52
Assurance en cas de vie	53
C. : Tables de mortalité	54
PM 60-64 MKH	54
PF 60-64 MKH	55

D. :	Table financière	56
	Valeur acquise	56
	Valeur actuelle ou escomptée	57

E. :	Tableau des examens requis en fonction en fonction de l'âge et de capital	58
------	--	----

<u>BIBLIOGRAPHIE - SOMMAIRE</u>	59
---------------------------------------	----