

Assurances privées

Sommaire

Généralités

Descriptif

- Obligation d'information avant la conclusion du contrat

- Conclusion du contrat

 - Couverture provisoire

- Droit de révocation

- déclaration des risques

- Réticence, art. 6 LCA

 - Importance de la réticence

 - Maintien du contrat malgré la réticence

- Durée, prolongation et fin du contrat

 - Résiliation ordinaire, art. 35a LCA

 - Exceptions, art. 35a, al.3 et 4 LCA

 - Résiliation extraordinaire, art. 35b LCA

 - Fin de l'assurance en raison de la disparition du risque

- Police d'assurance

- Sinistre causé par faute

- Prime

 - Divisibilité de la prime (art. 24 LCA)

- Modification du contrat

 - Aggravation du risque par le fait de l'assuré-e (art. 28 LCA)

 - L'aggravation du risque reste sans effets (art. 32 LCA):

 - Diminution du risque (art. 28a LCA)

- Prétention frauduleuse

- Prescription

- Assurance contre les dommages

 - Sur-assurance et sous-assurance

 - Les diverses notions de valeur

- Assurances de personne

 - Succession

 - Poursuites

 - Réduction et rachat de l'assurance sur la vie

- Règles concernant les tiers lésés en matière de responsabilité civile

Procédure

Recours

Généralités

Les assurances privées sont organisées par des sociétés (anonymes, coopératives, associations, fondations) pour offrir des prestations en argent ou en nature à des personnes - les preneurs d'assurances - qui veulent se protéger de certains risques et paient pour cela des primes.

Les assurances privées sont soumises à la surveillance de la Confédération, concrètement par la FINMA. Elles ont formé entre elles des cartels

pour limiter la concurrence; ainsi, dans la plupart des cas, les compagnies offrent les mêmes prestations aux mêmes tarifs. Les tarifs sont soumis au contrôle de l'Etat. C'est dans la façon de payer les prestations et d'évaluer les dommages qu'il y aura des différences entre les compagnies. Toutefois, début 1989, le Département fédéral de l'économie publique a cassé le cartel des assureurs dans le domaine des assurances de choses (incendie, vol, dégâts d'eau, bris de glace, assurance-ménage) estimant que l'entente sur les primes et les conditions d'assurance n'était pas favorable pour les consommateurs. Il y a donc des choix possibles dans ce domaine d'assurance.

Le contrat d'assurance fait l'objet d'une loi spéciale, la Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA), en vigueur depuis 1910, mais la plupart des conditions du contrat figurent dans des formules pré-rédigées, intitulées "conditions générales d'assurance". Ces conditions sont soumises à l'autorité fédérale de surveillance. Les conditions générales sont complétées par des conditions particulières, non soumises à surveillance, adaptables aux circonstances spéciales des cas concrets. Les conditions particulières priment sur les conditions générales.

Si certains points des conditions générales ne sont pas clairs et font l'objet d'une contestation, ils sont interprétés selon les variantes qui sont favorables à l'assuré. On relèvera enfin que certains contrats bien que conclus avec des assurances privées, sont obligatoires. Il s'agit notamment de l'assurance responsabilité pour véhicule.

La Loi sur le contrat d'assurance (LCA) a fait l'objet d'une révision importante, qui est entrée en vigueur au 1er janvier 2022. Les modifications principales sont:

- L'introduction, en faveur des assuré-e-s, d'un droit de révocation de 14 jours.
- Un droit de résiliation pour les deux parties après trois ans. L'assurance sur la vie est exclue du droit de résiliation ordinaire. Dans l'assurance complémentaires à l'assurance-maladie sociale, seul l'assuré-e peut faire usage de ce droit ou du droit de résiliation en cas de dommage.
- Le délai de prescription passe de deux à cinq ans.
- La nouvelle LCA est compatible avec le commerce électronique : par exemple, les résiliations peuvent aussi être signifiées sous forme de texte par un courriel.
- Introduction d'un droit d'action directe général à l'encontre de toutes les assurances de responsabilité civile.

Un dernier point de vocabulaire : dans cette fiche, nous utilisons les termes "entreprise d'assurance" pour désigner les assureurs et "assuré-e" pour parler des preneurs d'assurance.

Descriptif

Obligation d'information avant la conclusion du contrat

Les points essentiels du contrat d'assurance sont:

- le risque;
- la personne, la chose ou le patrimoine exposé au risque;
- la prestation d'assurance;
- la prime;
- le début de l'assurance et sa durée.

Ces éléments figurent dans la police d'assurance qui inclut les conditions générales d'assurance, document très complet qui définit précisément les limites de la couverture d'assurance. L'assureur a en effet un devoir d'information à l'égard du preneur d'assurance, qui permet à celui-ci de se déterminer sur sa volonté de conclure en toute connaissance de cause. Si l'assureur viole son obligation d'information, le preneur dispose alors du droit de résilier le contrat dans un délai de quatre semaines après qu'il ait eu connaissance du cas de la violation du devoir d'information de l'assureur, mais au plus tard deux ans après la conclusion du contrat.

La conclusion du contrat se fait en deux étapes:

Première étape: le client signe une formule de proposition d'assurance, qui est souvent remplie par l'agent d'assurance. Contrairement à ce que l'on croit généralement, ce n'est pas la compagnie d'assurance qui fait la proposition d'assurance au client, mais toujours le futur assuré qui fait une offre à la compagnie. Le client est lié par son offre pendant 14 jours ou pendant 4 semaines si l'assureur exige un examen médical. Si le client retire son offre avant l'écoulement du délai, l'assureur peut exiger des dommages et intérêts.

Donc attention! Signer une proposition d'assurance, c'est être déjà lié par le contrat, à moins que l'assureur ne l'accepte pas.

La formule de proposition d'assurance est pré-imprimée par l'assureur; le client, par sa signature, reconnaît avoir reçu un exemplaire des conditions générales. Celles-ci doivent avoir été présentées au client avant qu'il ait remis son offre à l'assureur. Si ce n'est pas le cas, le client est délié de son offre.

Il est vivement recommandé de lire attentivement les conditions générales avant de remettre la proposition à l'assureur. Si l'on n'est pas convaincu que l'assurance en question est la meilleure solution, ne pas hésiter à demander un délai de réflexion, pendant lequel on peut s'informer.

Deuxième étape: la proposition du client est acceptée par l'assureur qui manifeste son accord par lettre ou par l'envoi de la police. Le silence de l'assureur doit être interprété comme un refus de sa part. Lorsque le contrat est conclu par l'acceptation de l'assureur, le client est assuré dès le moment où cette acceptation a été expédiée ou dès une date postérieure convenue expressément.

L'absence de réponse ou une réponse tardive de l'assureur ne justifie pas le versement de dommages et intérêts dans le cas où le risque s'est

réalisé.
Si le contenu de la police ne correspond pas à ce qui a été décidé, l'assuré doit en demander la rectification dans les quatre semaines après réception, sans quoi la teneur de la police est considérée comme acceptée (art. 12 LCA).
Si, au moment de la conclusion du contrat, le risque a disparu ou s'est réalisé, le contrat est nul et chacune des parties peut demander la restitution de ce qu'elle a payé.

Les points essentiels du contrat d'assurance sont :

- Les risques assurés ;
- L'étendue de la couverture d'assurance et sa nature, c'est-à-dire la question de savoir s'il s'agit d'une assurance de sommes (la prestation d'assurance n'est subordonnée qu'à la survenance de l'évènement assuré, sans égard à ses conséquences pécuniaires) ou d'une assurance dommages (la perte patrimoniale effective est une condition du droit aux prestations) ;
- Les primes dues et les autres obligations du preneur d'assurance ;
- La durée et la fin du contrat d'assurance ;
- Les méthodes, les principes et les bases de calcul régissant la distribution des excédents et la participation aux excédents ;
- Les valeurs de rachat et de transformation ainsi que les sortes principales de frais liés à une assurance sur la vie susceptible de rachat, en cas de rachat ;
- Les traitement de données personnelles, y compris le but et le genre de banque de données, ainsi que sur les destinataires et la conservation des données ;
- Le droit de révocation de l'assuré-e, sa forme et son délai ;
- Le délai de remise de l'avis de sinistre ;
- La validité dans le temps de la couverture d'assurance, en particulier lorsque le sinistre se produit pendant la durée du contrat mais que le dommage n'intervient qu'après la fin du contrat.

Ces éléments figurent dans la police d'assurance qui inclut les conditions générales d'assurance, document très complet qui définit précisément les limites de la couverture d'assurance. L'assureur a un devoir d'information à l'égard du preneur d'assurance, qui permet à celui-ci de se déterminer sur sa volonté de conclure en toute connaissance de cause. L'obligation d'assurance a été élargie par la révision de la LCA entrée en vigueur au 1er janvier 2022. L'article 3 LCA prévoit que l'entreprise d'assurance doit, **avant la conclusion** du contrat, renseigner la preneuse d'assurance ou le preneur d'assurance, de manière compréhensible sur les éléments essentiels du contrat que la personne en question s'apprête à signer.

La même obligation revient à une employeuse ou un employeur, qui conclut une assurance collective afin de protéger ses employés. L'entreprise d'assurance doit mettre tous les documents nécessaires à cette fin.

Si l'entreprise d'assurance contrevient à cette obligation d'information, l'assuré-e peut résilier le contrat. Ce droit s'éteint quatre semaines après que l'assuré-e a eu connaissance de la contravention et des informations, mais au plus tard deux ans après la contravention.

Conclusion du contrat

La conclusion du contrat se fait en deux étapes :

Première étape : le client signe une formule de proposition d'assurance, qui est souvent remplie par l'agent d'assurance. Contrairement à ce que l'on croit généralement, ce n'est pas la compagnie d'assurance qui fait la proposition d'assurance au client, mais toujours le futur assuré qui fait une offre à la compagnie. Le client est lié par son offre pendant 14 jours ou pendant 4 semaines si l'assureur exige un examen médical. Si le client retire son offre avant l'écoulement du délai, l'assureur peut exiger des dommages et intérêts.

Donc attention ! Signer une proposition d'assurance, c'est être déjà lié par le contrat, à moins que l'assureur ne l'accepte pas.

La formule de proposition d'assurance est pré-imprimée par l'assureur ; le client, par sa signature, reconnaît avoir reçu un exemplaire des conditions générales. Celles-ci doivent avoir été présentées au client avant qu'il ait remis son offre à l'assureur. Si ce n'est pas le cas, le client est délié de son offre.

Il est vivement recommandé de lire attentivement les conditions générales avant de remettre la proposition à l'assureur. Si l'on n'est pas convaincu que l'assurance en question est la meilleure solution, ne pas hésiter à demander un délai de réflexion avant de signer la proposition d'assurance, délai pendant lequel on peut s'informer.

Deuxième étape : la proposition du client est acceptée par l'assureur qui manifeste son accord par lettre ou par l'envoi de la police. Le silence de l'assureur doit être interprété comme un refus de sa part. Lorsque le contrat est conclu par l'acceptation de l'assureur, le client est assuré dès le moment où cette acceptation a été expédiée ou dès une date postérieure convenue expressément.

Couverture provisoire

Une couverture provisoire permet d'assurer des risques avant la conclusion d'un contrat définitif. Elle doit avoir été convenue entre l'assuré-e et l'entreprise d'assurance (art. 9 LCA).

Droit de révocation

L'assuré-e peut révoquer sa proposition de contrat ou l'acceptation de ce dernier par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte (par courriel, par exemple). Le délai de révocation est de 14 jours et commence à courir dès que l'assuré-e a proposé ou accepté le contrat (art. 2a LCA).

Le droit de révocation est exclu pour les assurances collectives de personnes, les couvertures provisoires et les conventions d'une durée inférieure à un mois.

Effets de la révocation (art. 2b LCA) : la proposition de contrat, respectivement son acceptation par l'assuré-e sont considérées comme non avenues. Les parties doivent rembourser les prestations reçues. L'assuré-e ne doit aucun dédommagement à l'entreprise d'assurance. Par contre, dans certaines situations, il devra rembourser des frais.

déclaration des risques

La proposante ou le proposant doit déclarer à l'entreprise d'assurance tous les faits importants pour l'appréciation du risque qu'il connaît ou qu'il doit connaître (art. 4 LCA). L'assureur doit poser des questions écrites (par lettre ou par courriel). Les faits qui ne font pas l'objet d'une telle question sont considérés comme sans importance pour le contrat. Le proposant n'a pas à faire de déclarations spontanées. Ce n'est donc qu'au sujet des faits faisant l'objet d'une question écrite, précise et non équivoque de l'entreprise d'assurance qu'il peut y avoir réticence.

Réticence, art. 6 LCA

Si l'assuré-e, lorsqu'elle ou il a répondu aux questions mentionnées au paragraphe précédent, a omis de déclarer ou a déclaré inexactly un fait important qu'il connaissait ou qu'il devait connaître et sur lequel il a été questionné, l'entreprise est en droit de résilier le contrat (par lettre ou par courriel). La résiliation prend effet lorsqu'elle parvient au preneur d'assurance. Le droit de résiliation s'éteint quatre semaines après que l'entreprise d'assurance a eu connaissance de la réticence.

Si le contrat prend fin en raison d'un cas de réticence, l'obligation de l'entreprise d'assurance d'accorder sa prestation s'éteint aussi pour les sinistres déjà survenus, dans la mesure où le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. L'entreprise d'assurance a droit à un remboursement dans la mesure où elle a déjà accordé une prestation pour un tel sinistre. Dans les autres cas, à savoir si le fait non déclaré n'a pas eu d'influence sur la survenance du sinistre et l'étendue des prestations versées, l'obligation d'octroi subsiste et l'assuré-e n'a pas à rembourser des prestations accordées.

En cas de résiliation d'un contrat d'assurance sur la vie rachetable, l'entreprise d'assurance doit accorder la prestation prévue en cas de rachat.

En cas de contrat d'assurance collective, si la réticence n'a trait qu'à quelques-unes des choses ou des personnes assuré-e-s, l'assurance reste en vigueur pour les autres, s'il résulte des circonstances que l'entreprise d'assurance les aurait assurées seules aux mêmes conditions.

Importance de la réticence

En matière d'assurance privée, la notion de réticence est fondamentale, et donne souvent lieu à litiges. L'assuré-e qui avait souffert d'une maladie longue et pénible dix ans avant la conclusion de la police doit en avertir son assurance ! De fait, cette maladie pourra avoir, cinq ans après sa guérison, des incidences quant à la survenance d'un risque assuré.

Maintien du contrat malgré la réticence

L'entreprise d'assurance ne pourra pas résilier le contrat malgré la réticence :

- Si le fait qui a été l'objet de la réticence a cessé d'exister avant le sinistre ;
- Si l'entreprise d'assurance a provoqué la réticence ;
- Si l'entreprise d'assurance connaissait ou devait connaître le fait qui n'a pas été déclaré ;
- Si l'entreprise d'assurance connaissait ou devait connaître exactement le fait qui a été inexactly déclaré ;
- Si l'entreprise d'assurance a renoncé au droit de résilier le contrat ;
- Si, bien que la ou le déclarant-e n'avait pas répondu à l'une des questions posées dans la déclaration, l'assureur avait néanmoins conclu le contrat. Cette règle ne s'applique pas lorsqu'à la lumière de l'ensemble des réponses aux questions posées et aux autres communications du déclarant, on pouvait considérer que la question avait reçu une réponse dans un sens déterminé, laquelle apparaît comme une réticence sur un fait important connu ou devant être connu du déclarant. (art. 8 LCA).

Durée, prolongation et fin du contrat

Le client et l'assureur conviennent de la durée du contrat lors de sa conclusion. Elle peut être très courte (durée d'un voyage, d'une manifestation) ou de plusieurs années. Lorsque le contrat est de longue durée, il est susceptible d'être modifié, notamment lorsque l'assureur change ses conditions générales. En principe, le contrat reste régi par les anciennes conditions générales pendant sa durée ; cependant, le client peut demander que son contrat soit adapté aux nouvelles conditions générales, en payant une prime plus élevée s'il y a lieu. Dans la pratique, l'assureur informe ses clients, qui ont le choix entre le maintien des conditions existantes et l'adaptation aux nouvelles conditions.

Résiliation ordinaire, art. 35a LCA

Sauf convention contraire, un contrat qui arrive à échéance est prolongé d'office sur la base d'une clause de "reconduction tacite" qui ne peut avoir d'effet que pour un an au plus (art. 47 LCA). L'assuré-e ou l'entreprise d'assurance qui veut se départir du contrat peut le résilier à la fin de la troisième année ou de chacune des années suivantes. Elle doit le résilier par écrit (lettre ou courriel) au moins trois mois avant l'échéance. Les parties peuvent convenir que le contrat peut être résilié avant la fin de la troisième année. Les délais de résiliation doivent être les mêmes pour les deux parties.

Exceptions, art. 35a, al.3 et 4 LCA

L'assurance sur la vie est exclue du droit de résiliation ordinaire.

Dans l'assurance complémentaire à l'assurance-maladie (LAMal), seul l'assuré-e peut faire usage du droit de résiliation ordinaire ou du droit de résiliation en cas de dommage (voir l'art. 42 LCA). Dans l'assurance collective d'indemnités journalières (assurance perte de gain maladie), les deux parties peuvent utiliser le droit de résiliation ordinaire.

Résiliation extraordinaire, art. 35b LCA

Le contrat peut être résilié pour de justes motifs en tout temps, par écrit ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte. Est un juste motif :

- Toute modification imprévisible des prescriptions légales qui empêche d'exécuter le contrat ;
- Toute circonstance dans laquelle les règles de la bonne foi ne permettent plus d'exiger la continuation du contrat de la part de la personne qui le résilie.

Fin de l'assurance en raison de la disparition du risque

L'assurance prend fin en cas de disparition du risque. Le décès du preneur d'assurance n'entraîne pas la fin du contrat, à moins qu'il ne s'agisse d'une assurance liée à la personne (assurance-vie par exemple). Le contrat passe aux héritiers du défunt.

Police d'assurance

C'est la police d'assurance, accompagnée des conditions générales, qui déterminent l'objet et les modalités de l'assurance.

L'entreprise d'assurance remet une police constatant les droits et les obligations des parties. À la demande de l'assuré-e, l'entreprise d'assurance doit lui remettre une copie des déclarations contenues dans la proposition d'assurance ou faites de toute autre manière et qui ont servi de base à la conclusion du contrat.

Sinistre causé par faute

L'entreprise d'assurance n'est pas liée si le sinistre a été causé intentionnellement par l'assuré-e ou l'ayant droit. En cas de faute grave, la prestation peut être réduite dans la mesure de la gravité de la faute. En cas de faute légère, la responsabilité de l'entreprise d'assurance reste entière (art. 14 LCA).

Prime

Sauf convention contraire, la prime échoit pour la première période d'assurance au moment de la conclusion du contrat (art. 19 LCA).

Si la prime n'est pas payée dans les délais, l'assuré-e reçoit une sommation, par courrier ou par courriel et doit régler la prime dans les 14 jours. Si la prime est encaissée chez le débiteur, la sommation peut être effectuée oralement. Si l'assuré-e ne paie pas pendant le délai de sommation, l'obligation de l'entreprise d'assurance est suspendue à partir de la fin de ce délai. La suspension signifie qu'aucune prestation ne sera versée en cas de sinistre. Il existe des exceptions en matière d'assurance-vie (art. 93 LCA).

Le contrat est supposé résilié si l'entreprise d'assurances n'a pas poursuivi l'assuré-e dans les deux mois à partir du délai de sommation. Si l'entreprise d'assurance a poursuivi le paiement de la prime ou l'a accepté ultérieurement, son obligation reprend effet à partir du moment où la prime arriérée a été avec les intérêts et les frais (art. 21 LCA).

Divisibilité de la prime (art. 24 LCA)

Lorsque le contrat est résilié ou prend fin avant son échéance, la prime n'est due que jusqu'à la fin du contrat. Deux exceptions à ce principe : la prime pour la période d'assurance en cours est due dans son intégralité lorsque le contrat devient nul et non avenue à la suite de la disparition du risque et lorsque l'assuré-e résilie le contrat durant l'année qui suit sa conclusion (art. 42 al.3 LCA).

Modification du contrat

Aggravation du risque par le fait de l'assuré-e (art. 28 LCA)

Si l'assuré-e provoque une aggravation essentielle du risque au cours de l'assurance, l'entreprise d'assurance cesse d'être liée au contrat pour l'avenir. L'aggravation est essentielle lorsqu'elle porte sur un fait mentionné dans le questionnaire de l'article 4 LCA.

Cette disposition ne s'applique pas aux conventions spéciales mentionnées à l'art. 29 LCA.

Si l'aggravation essentielle du risque intervient sans le fait de l'assuré-e, elle n'entraîne la fin du contrat que lorsque l'assuré-e n'a pas déclaré cette aggravation à l'entreprise d'assurance, par écrit, dès qu'elle ou il en a eu connaissance. Toutefois, l'entreprise d'assurance peut s'être réservé le droit de résilier le contrat pour cause d'aggravation essentielle du risque. Dans ce cas, sa responsabilité prend fin 14 jours après la notification de la résiliation à l'assuré-e (art. 30 LCA). En matière d'assurance collective, l'assurance peut rester en vigueur pour les choses ou personnes pour lesquelles le risque n'a pas été aggravé, sous réserve que l'assuré-e paie une éventuelle prime plus élevée (art. 31 LCA).

L'aggravation du risque reste sans effets (art. 32 LCA):

- Si elle n'a exercé aucune influence sur le sinistre et sur l'étendue des prestations incombant à l'entreprise d'assurance ;
- Si elle a lieu pour sauvegarder les intérêts de l'entreprise d'assurance ;
- Si elle était imposée par un devoir d'humanité ;
- Si l'entreprise d'assurance a renoncé expressément ou tacitement à se départir du contrat, notamment, si après avoir reçu l'avis de l'aggravation du risque, elle n'a pas notifié la résiliation du contrat dans 14 jours.

Diminution du risque (art. 28a LCA)

En cas de diminution importante du risque, l'assuré-e peut résilier le contrat par écrit (ou par tout autre moyen permettant d'en établir la preuve par un texte) avec un préavis de quatre semaines ou d'exiger une réduction de la prime. La réduction de primes est accordée dès que la demande de l'assuré-e parvient à l'entreprise d'assurance.

Si l'entreprise d'assurance refuse de réduire la prime ou si l'assuré-e n'est pas d'accord avec la réduction proposée, ce dernier est en droit, dans les quatre semaines qui suivent la réception de l'avis de l'entreprise d'assurance, de résilier le contrat.

Prétention frauduleuse

Il y a demande frauduleuse lorsque l'assuré-e donne sciemment des indications fausses sur la valeur des objets assurés ou sur les circonstances du dommage ou lorsque l'assuré fait tardivement les communications requises à l'entreprise d'assurance dans le but de la tromper (art. 40 LCA). C'est à l'assureur de faire la preuve de l'intention de fraude. La demande frauduleuse délie l'assureur du contrat ; il ne verse donc aucune prestation.

Dans l'assurance-incendie, il y a par exemple déclaration frauduleuse si l'assuré réclame une indemnité pour des objets qui n'ont pas été brûlés ou s'il falsifie la liste des marchandises détruites par le feu.

Prescription

Les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par cinq ans à partir du moment où naît l'obligation (art. 46 al.1 LCA). Ce délai est valable tant pour les prestations à verser à l'assuré que les primes dues aux assurances. Tout délai plus court en défaveur de l'assuré est nul (art. 46 al.2 LCA). Les créances qui découlent du contrat d'assurance collective d'indemnités journalières en cas de maladie se prescrivent pour deux ans à compter de la survenance du fait assuré (art. 46 al.3 LCA).

Pour plus d'information sur la prescription en général, se référer à la fiche [Prescription des créances](#).

Assurance contre les dommages

Ce sont les assurances destinées à réparer financièrement le dommage effectif subi par l'assuré. Elles sont régies par le principe que l'assuré-e ne doit pas faire un profit en obtenant plus que le préjudice effectivement subi. L'assuré-e ne peut donc pas cumuler les prestations de plusieurs assurances ou celles d'une assurance avec les indemnités qu'il pourrait obtenir de l'auteur du dommage.

Les assurances contre les dommages comprennent :

- Les assurances du patrimoine qui couvrent une dette ou une perte de gain jusqu'à un montant déterminé d'avance. Il s'agit de toutes les assurances responsabilité civile, de protection juridique, de perte d'exploitation ou de loyers ou de récoltes, de perte de gain en cas de maladie ou accident ;
- Les assurances de choses qui couvrent la perte matérielle due à la détérioration ou à la disparition de la chose assurée. C'est par exemple l'assurance-ménage qui couvre tous les objets dans un lieu donné contre les risques d'incendie, événements naturels, vol, bris de glace et dégâts d'eau. C'est la valeur de la chose qui est assurée ; l'indemnité ne doit pas créer un profit pour l'assuré, d'où les règles qui évitent la sur-assurance et l'assurance multiple.

Il y a sur-assurance lorsque la somme assurée dépasse la valeur de remplacement de la chose ; la sur-assurance est inutile, puisque l'assureur ne couvre que le dommage effectivement subi. L'assuré paie donc en pure perte une partie des primes. De même, il est inutile d'assurer un même objet par plusieurs compagnies d'assurance pour les mêmes risques ; il n'y aura pas de prestation double car les compagnies intéressées vont s'entendre pour partager les frais, mais l'assuré ne recevra la somme qu'une fois.

Il y a sous-assurance lorsque la somme assurée n'atteint pas la valeur de remplacement. Cela peut être le cas lors de la signature du contrat ou se produire ultérieurement par le fait du renchérissement ou par l'acquisition de nouveaux objets. Actuellement, certains contrats d'assurance-ménage prévoient une adaptation automatique des sommes à l'augmentation des prix. En cas de sous-assurance, l'indemnité pour un sinistre sera proportionnellement réduite. En matière d'assurance incendie pour un immeuble, il y a lieu d'être très prudent, et de faire correctement réévaluer la valeur de l'immeuble au fil des années, pour la communiquer à l'assureur.

Exemple : l'inventaire du ménage est assuré pour Fr. 60'000.-; un sinistre survient pour un montant de Fr. 25'000.-. L'expert constate que l'inventaire total du ménage vaut en fait Fr. 100'000.-; le sinistre ne sera couvert que jusqu'à concurrence de Fr. 15'000.-, soit les 3/5e, puisque la sous-assurance est de 2/5e sur l'ensemble du ménage.

Les diverses notions de valeur

La valeur d'assurance est la valeur de la chose lors de la conclusion du contrat. Il faut que la somme corresponde à la valeur effective de la chose, sans quoi il y a sur-assurance ou sous-assurance ; pendant la durée du contrat, il est nécessaire d'adapter la valeur d'assurance lors d'acquisitions nouvelles.

La "valeur de remplacement ou valeur actuelle" est la valeur de la chose au moment du dommage. Elle est déterminée de la façon suivante :

- Selon le prix courant pour les marchandises et les produits naturels ;
- Selon la valeur locale de la construction pour les bâtiments, déduction faite de la dépréciation depuis le moment de la construction ;
- Selon le prix d'achat d'objets nouveaux pour les meubles, instruments de travail, machines, déduction faite de la moins-value due à l'usure. Pour les objets qui prennent de la valeur avec l'âge, il y a lieu de faire une expertise.

Il est possible de conclure une assurance à la "valeur à neuf". Dans ce cas, l'indemnisation se fera au prix de remplacement de l'objet au moment du sinistre, sans tenir compte de la dépréciation due à l'âge ou à l'usure.

La valeur agréée est celle qui, par accord spécial, est à la fois valeur d'assurance et valeur de remplacement, à moins que l'assureur puisse prouver qu'elle est trop élevée. Cela revient à charger l'assureur de faire la preuve de la valeur de la chose endommagée ; dans les autres cas, c'est l'assuré qui doit apporter cette preuve.

Assurances de personne

Il s'agit de la promesse d'indemnités versées par l'assureur lorsque se réalise un événement donné lié à une personne (décès, invalidité, interruption de travail, âge fixé pour une rente par exemple). Des assurances multiples sont parfaitement admissibles, puisqu'il ne s'agit pas de réparer un dommage. L'assuré-e peut cumuler les indemnités.

En assurance contre les accidents, la couverture peut être accordée, à choix, pour les risques suivants : décès, invalidité, capitaux, perte de salaire, frais de guérison.

En assurance-vie, la couverture la plus fréquente est l'assurance mixte, soit une prévoyance combinée pour la vieillesse et les survivants. Un capital est payable à l'âge de 65 ans par exemple ; si l'assuré décède avant cet âge, les bénéficiaires toucheront le capital prévu. Le capital peut être remplacé par une rente-vieillesse, soit la garantie à vie d'un revenu déterminé ; la rente peut être combinée avec une rente de veuf ou de veuve et avec une assurance-décès.

L'assuré a le droit de résilier le contrat après avoir payé la prime pour une année entière. Le contrat doit être dénoncé avant le commencement d'une nouvelle période d'assurance (consulter le contrat pour déterminer la période) (art. 89 LCA). Les conditions générales d'assurance peuvent prévoir d'autres règles concernant la résiliation à condition qu'elles ne soient pas plus défavorables à l'assuré (art. 98 LCA).

Succession

Dans les assurances de personnes, le preneur peut désigner un bénéficiaire tout à fait librement, sans l'accord de l'assureur. Il peut le faire par testament ou par avis à l'assureur. S'il n'y a pas de bénéficiaire désigné, le capital est versé aux héritiers du preneur, selon les règles du droit de succession. Le capital est versé aux bénéficiaires - s'il s'agit du conjoint, des descendants, père, mère, grands-parents, frères, sœurs - même s'ils répudient la succession. Dans les autres cas, la somme d'assurance sert à dédommager les créanciers.

Lorsque le bénéficiaire est désigné, le montant de l'assurance-vie ne fait pas partie de sa part successorale.

Poursuites

Lorsque les bénéficiaires sont le conjoint ou les descendants, la somme d'assurance ne peut être saisie lors de poursuites par les créanciers, sauf si la police avait été mise en gage. Une assurance-vie peut être cédée ou mise en gage sous forme écrite, avec avis à la compagnie d'assurance.

Réduction et rachat de l'assurance sur la vie

Si les primes ont été payées pour trois ans au moins, l'assurance-vie peut être libérée des primes futures (art. 90 LCA) ; l'assuré cesse de verser des primes et l'assureur continue d'octroyer sa garantie sur la base d'un montant réduit, déterminé selon un calcul actuariel. L'assuré peut aussi, s'il a versé les primes pendant trois ans, demander le rachat de son assurance : la valeur de rachat, qui est la dette de l'assureur envers l'assuré, est déterminée au moyen d'un calcul actuariel. Cette possibilité de rachat existe aussi en cas de conclusion, à l'initiative du preneur d'assurance, d'un contrat d'assurance-vie en prestation de service transfrontalière avec des entreprises ayant leur siège dans un Etat de l'Union européenne ou de l'AELE, aux conditions de l'article 89a LCA: droit du preneur de résilier par écrit le contrat d'assurance sur la vie conclu pour plus de 6 mois, dans le délai de 14 jours; libération de toute obligation découlant du contrat pour l'avenir, y compris du paiement de la prime, qui, si elle a déjà été payée, doit être remboursée par l'assureur; obligation de l'assureur de renseigner le preneur sur son droit à se départir du contrat et à quelles conditions, faute de quoi le contrat peut être résilié en tout temps.

Règles concernant les tiers lésés en matière de responsabilité civile

Il est une règle générale selon laquelle celui qui cause un dommage, soit intentionnellement, soit par négligence ou imprudence, est tenu de le réparer (art. 41 CO). Ainsi, celui qui subit un vol a le choix - pour autant que le voleur soit connu - entre obtenir réparation directement du voleur ou par l'intermédiaire de son assureur. Il est le plus souvent plus simple de s'adresser à l'assurance ; c'est à elle qu'incombera la tâche d'exiger réparation du voleur.

Par conséquent, l'assurance responsabilité civile couvre également les prétentions récursoires de tiers, par exemple celles des assurances sociales (art. 59 al.2 LCA). Elle s'étend également à la responsabilité des représentant-e-s de l'assuré-e et des personnes chargées de la direction ou de la surveillance de l'exploitation, ainsi qu'à tou-te-s les autres travailleuses et travailleurs de l'exploitation (art. 59 al.1 LCA).

Dans le cadre de l'assurance responsabilité civile obligatoire, les exceptions à la couverture d'assurance mentionnées dans les paragraphes précédents, telles que les événements assurés provoqués intentionnellement ou par négligence grave, la violation d'obligations, le non-versement des primes ou d'une franchise convenue par contrat ne peuvent être opposées à la personne lésée (art. 59 al.3 LCA).

En cas d'assurance contre les conséquences de la responsabilité légale, les tiers lésés ont un droit de gage sur l'indemnité due à l'assuré-e. Ils possèdent un droit d'action directe envers l'entreprise d'assurance, dans le cadre d'une couverture d'assurance existante et sous réserve des objections et exceptions que l'entreprise d'assurance peut leur opposer en vertu de la loi ou du contrat. Il existe également une obligation d'information à leur égard dans les cas relevant d'une assurance responsabilité civile obligatoire (art. 60 LCA).

Procédure

Si une prestation d'assurance ou toute autre question relative au contrat fait l'objet d'un différend entre assuré et assureur, la première démarche à faire est de clarifier la situation avec un responsable de la compagnie d'assurance ou avec une permanence juridique.

Si aucun accord ne peut être trouvé, l'assuré peut soumettre gratuitement son cas à une institution neutre, le médiateur des assurances privées, qui donnera un avis sur le cas après avoir consulté la compagnie d'assurance. L'ombudsman n'a pas le pouvoir de faire exécuter ses recommandations par la compagnie d'assurance. Il n'est pas compétent dans le domaine des assurances sociales et des caisses-maladies.

En cas d'échec des pourparlers par l'intermédiaire de l'Ombudsman, l'assuré peut porter son cas devant le Tribunal de première instance ; l'instance d'appel sera ensuite le Tribunal de deuxième instance, puis le Tribunal fédéral pour un recours en matière civile.

Recours

Comme décrit dans le paragraphe concernant la procédure, en cas d'échec des pourparlers par l'intermédiaire de l'Ombudsman, l'assuré peut porter son cas devant le Tribunal de première instance ; l'instance d'appel sera ensuite le Tribunal de deuxième instance, puis le Tribunal fédéral pour un recours en matière civile.

Sources

Responsable rédaction: ARTIAS

Adresses

Aucune adresse trouvée en lien avec cette fiche

Lois et Règlements

Loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (LCA) (RS 221.229.1)

Sites utiles

Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA