

Zeitschrift: Zeitschrift für schweizerisches Recht = Revue de droit suisse = Rivista di diritto svizzero = Revista da dretg svizzer : Halbband II. Referate und Mitteilungen des SJV

Band: 10 (1891)

Artikel: Des principes à édicter à la base d'une loi fédérale sur le contrat d'assurance sur la vie

Autor: Rehfous, L.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-896672>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.10.2024

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Verhandlungen
des Schweizerischen Juristenvereins
zu Genf den 21. und 22. September 1891.

Rapport

présenté par M. L. REHFOUS, docteur en droit et avocat à GENÈVE.

**Des principes à édicter à la base d'une loi
fédérale sur le contrat d'assurance sur la vie.**

Introduction.

Deux fois déjà, le législateur en Suisse a tenté d'intervenir pour amener l'application sur le territoire fédéral d'un certain nombre de règles uniformes en matière d'assurances.

Le premier essai remonte au projet de Code de commerce rédigé par Munzinger. Dans son exposé des motifs Munzinger reconnaissait que „l'uniformité en cette matière répondrait à la nature des choses“, mais d'autre part, il était frappé par les considérations qui avaient empêché le maintien dans le Code de commerce allemand du titre de l'assurance, à savoir que „il serait très-difficile et même presque impossible d'établir des principes généraux sur l'assurance; qu'on arriverait tout au plus à consacrer des dispositions vagues, incohérentes, insignifiantes; que si l'on voulait aller plus loin et édicter des dispositions plus précises, on s'exposerait au danger de décréter des règles inexécutables, ou tout au moins d'empêcher le développement de cette branche du

„droit en contraignant les parties à procéder toujours, dans toutes les circonstances, et à jamais, d'une manière uniforme.“

En conséquence il réduisait la tâche de la loi, „à édicter des dispositions prohibitives qui ne dépendent pas des conventions des contractants et auxquelles ils ne puissent rien changer“. Les règles adoptées par lui avaient pour but d'assurer le respect de ce qui est considéré comme d'ordre public et de protéger l'assuré contre les exigences injustifiées de la part de l'assureur.

Le second essai a été fait lors des travaux d'élaboration d'un Code fédéral des obligations.

L'avant-projet publié en 1877 (E³) consacrait un titre aux assurances, mais ses dispositions étaient conçues dans le même esprit que le projet Munzinger, c'est à dire dans le but de fixer des règles auxquelles il ne pût être dérogé par convention du moins en faveur de l'assureur et au désavantage de l'assuré; et devant les objections faites, ce titre a été éliminé des projets définitifs. Le Code fédéral entré en vigueur en 1883, prévoit l'élaboration d'une loi fédérale sur la matière.

Le 25 Juin 1885 a été édictée la loi fédérale concernant la surveillance des entreprises privées d'assurance. Cette loi a permis au Conseil fédéral d'obtenir des Compagnies d'assurances qui désiraient être autorisées à exercer leur industrie en Suisse, communication des données concernant les bases fondamentales et les conditions générales de l'assurance. Le Bureau fédéral des assurances constitué en vertu de l'art. 12 de cette loi, a, dans ses divers rapports annuels, utilisé les documents communiqués pour exposer le mécanisme des opérations d'assurances et résumer les clauses essentielles des contrats spécialement pour la branche vie.¹⁾ Cette loi et les travaux du Bureau fédéral des assurances facilitent la recherche des dispositions qui peuvent être édictées sur l'assurance vie.

Plus que tout autre contrat, le contrat d'assurance sur

¹⁾ Rapport sur l'année 1887; publié en 1889.

la vie doit être soumis à des dispositions légales. Il a fait surgir bon nombre de questions qui continuent à être controversées entre jurisconsultes et à faire l'objet de décisions contradictoires soit des divers tribunaux d'un même pays, soit des diverses chambres d'un même tribunal, soit d'un tribunal même comme la Cour de Cassation française. Il est temps que le législateur mette fin à cet état de choses en réglant d'une manière précise les droits et obligations des parties.

Plusieurs états ont compris dans leurs codes nouveaux le contrat d'assurance; c'est le cas de l'Italie, dont le code de commerce est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1883; et de l'Espagne, dont le code de commerce est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1886; d'autres ont édicté des lois soit sur l'assurance en général comme la Belgique (loi du 11 juin 1874, incorporée au code de commerce), soit sur divers points des assurances et surtout des assurances sur la vie, comme la Grande-Bretagne.

Il ne s'agit donc pas pour le législateur suisse de s'aventurer sur un terrain complètement nouveau, mais seulement de suivre un exemple qui lui est donné en mettant à profit les expériences de ses devanciers.

Pour rechercher les prescriptions qui doivent régir les opérations d'assurances sur la vie humaine il convient de faire une distinction entre les opérations diverses qui sont désignées sous cette dénomination, c'est à dire entre les *assurances en cas de décès* d'une part, dans lesquelles l'obligation principale de l'assureur consiste à payer un capital après le décès d'une personne déterminée, et les opérations d'*assurance en cas de vie*, dans lesquelles la prestation à la charge de l'assureur est subordonnée à la condition de survie d'une personne déterminée après un certain nombre d'années depuis la conclusion du contrat. Les premières sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus importantes. Les assurances en cas de décès s'élèvent à un chiffre environ vingt fois plus considérable que les assurances en cas de vie. A côté des assurances en cas de décès et des assurances en cas de vie on trouve les assurances mixtes et les assurances à terme

fixe. Les premières sont la combinaison d'une assurance en cas de décès et d'une assurance en cas de vie; elles peuvent être ramenées suivant les circonstances à l'une ou l'autre des deux assurances dont elles sont composées. Les assurances à terme fixe ne sont au fond qu'une opération de placement à intérêts composés.

On peut donc diviser le sujet en deux parties seulement:

I. Les assurances en cas de décès;

II. les assurances en cas de vie.

I^{ère} Partie.

L'assurance en cas de décès.

L'assurance en cas de décès peut être contractée par le preneur d'assurance:

ou bien sur sa propre tête, soit au profit de la succession, soit au profit de tierces personnes;

ou bien sur la tête d'un tiers et généralement à son profit personnel.

Ces deux contrats présentent sans doute des caractères communs et peuvent être soumis dans une certaine mesure aux mêmes règles, mais il existe entre eux des différences notables, manifestes, qui rendent nécessaire de les examiner séparément.

Section I.

L'assurance en cas de décès sur la tête du preneur.

Art. 1. Analyse du contrat.

Une question préliminaire se pose, qui paraît au premier abord avoir une importance considérable: l'assurance en cas de décès est-elle bien une véritable assurance?

Cette question étant résolue affirmativement, le contrat d'assurance en cas de décès pourra (semble-t-il) être soumis aux règles générales relatives au contrat d'assurance, sauf

quelques modifications; dans le cas contraire, il constitue un mode spécial de contrat, qui exige des règles particulières.

Mais il se pourrait aussi, que, lors même que l'assurance en cas de décès rentrerait bien dans la classe des assurances terrestres, comme l'assurance incendie, elle présentât des caractères particuliers tels, que les règles générales soient inapplicables. Il serait alors inutile de résoudre cette question qui n'aurait qu'un intérêt purement doctrinal.

Afin d'être en mesure de prendre une décision en connaissance de cause, il faut analyser le contrat, ou étudier le mécanisme et la nature juridique.

§ 1. Mécanisme des opérations d'assurance.

L'assureur s'oblige à payer un capital lors du décès du preneur d'assurance. Celui-ci de son côté paye chaque année pendant la durée de sa vie (assurance à primes viagères) ou pendant un certain nombre d'années (assurance à primes temporaires) une annuité fixée d'avance, la prime. Il importe de connaître comment est déterminée cette annuité, quel emploi l'assureur en fait, de quelle manière enfin est constitué le capital payé au décès.¹⁾

Le principe sur lequel reposent les opérations d'assurance, c'est que la mortalité pour chaque âge, si l'on considère des groupes un peu considérables d'individus, présente une certaine constance, — c'est qu'on peut établir un taux de mortalité, qui dans la réalité et dans des circonstances normales sera presque toujours atteint, et rarement dépassé. L'assureur peut prévoir l'étendue des prestations qu'il prend à sa charge et fixer en conséquence les prestations qu'il doit exiger des assurés. La base de ses calculs est une table de mortalité.²⁾

¹⁾ Pour le calcul de la prime voir: Dormoye, *Théorie mathématique des assurances sur la vie*, Paris 1878. — Adam, *Etude juridique sur la nature du contrat d'assurance*, Bruxelles 1880. — Dr. Kinkelin, *Etude sur les sociétés de secours mutuels de la Suisse*, Berne 1888; *Rapports du Bureau fédéral des assurances* 1889, 1890.

²⁾ Les Compagnies d'assurances concessionnées en Suisse font usage

La table de mortalité indique combien sur un groupe d'individus d'un âge déterminé, pris comme point de départ, il en survit au début de chaque année, jusqu'au moment où tous les membres des groupes sont décédés. (La table des 20 Compagnies anglaises, ajustée par des calculs mathématiques, prend comme point de départ 100,000 individus âgés de 10 ans sur lesquels au bout de 87 années il en survit 9 seulement qui décèdent tous dans le courant de l'année, ce qui revient à dire que sur cent mille enfants de 10 ans, neuf seulement atteignent leur 97^e année, et pas un sa 98^e.) Il est facile de calculer combien de décès surviennent d'une année à l'autre.

L'assureur ayant à déterminer quelle prestation il doit exiger de celui qui veut contracter une assurance suppose pour un moment que tous les vivants de même âge que celui qui propose l'assurance, indiqués par la table de mortalité, concluent une assurance, chacun pour une même somme de cent ou de mille francs. Il calcule d'après le nombre des décès qu'indique la table de mortalité, quelle somme il aurait à déboursier chaque année jusqu'à ce que tous ces assurés soient décédés; il ramène ces sommes par l'escompte à leur valeur actuelle; il en fait le total; il divise ce total par le nombre des vivants de l'âge du preneur, le quotient donne le versement unique qu'aurait à faire chacun des contractants pour qu'une somme de fr. 100. — ou 1000. — soit payée à son décès.¹⁾

de tables diverses; les unes ont conservé la table de Duvillard; d'autres ont adopté les tables dressées à l'aide de documents recueillis par les Compagnies d'assurances anglaises, soit la table des 17 Compagnies, datant de 1843, soit surtout celle de 20 Compagnies, datant de 1872; quelques-unes se servent de la table élaborée d'après les renseignements statistiques fournis par 23 Compagnies allemandes, dite table des 23 Compagnies allemandes, laquelle date de 1883; quelques-unes enfin ont dressé pour leur usage exclusif des tables particulières. Kinkelin op. cit. page 31, donne une table de mortalité pour la Suisse déduite du recensement de 1880 et des données des registres d'état civil.

¹⁾ Exemple. Soit à calculer la prime unique d'une assurance de

Il convient rarement au preneur d'assurance de s'acquitter envers l'assurance par un seul versement fait une fois pour toutes, il préfère un système d'annuités viagères ou temporaires. L'assureur déduit facilement à quelle annuité viagère ou temporaire correspond la prime unique trouvée par lui.¹⁾

La prime annuelle est ainsi trouvée; c'est la prime mathématique nécessaire pour que les prestations à la charge des assurés soient en totalité rigoureusement équivalentes aux prestations à la charge de l'assureur. Les primes indiquées par les tarifs des Compagnies d'assurance sont toujours augmentées d'un chargement qui est destiné à faire face aux frais généraux de l'administration et à leur procurer la rémunération des services qu'elles rendent.

Il est de toute évidence que l'équivalence qui existe entre les obligations de l'assureur et celles du preneur d'assurance lors de la conclusion du contrat, n'existe plus dans

Fr. 100 pour une personne âgée de 91 ans, la table de mortalité étant la table des 20 Compagnies anglaises et le taux de l'intérêt $3\frac{1}{2}\%$.

Age	Nombre		A payer par l'assureur	Valeur actuelle
	des vivants	des décès		
91	1052	329	32,900	31,777
92	723	254	25,400	23,711
93	469	195	19,500	17,587
94	274	139	13,900	12,113
95	135	86	8,600	7,281
96	49	40	4,000	3,254
97	9	9	900	710
				96,433

$$\frac{96,433}{1052} = 91.61$$

¹⁾ Soit à calculer l'annuité viagère d'une assurance sur la tête d'une personne âgée de 91 ans.

D'après la note précédente la prime unique serait de Fr. 91.61. Au même âge de 91 ans la valeur actuelle d'une rente viagère d'un franc payable à la fin de l'année est Fr. 1.722; si la rente est payable au commencement de l'année, sa valeur est 2.722. L'annuité viagère sera d'autant de fois un franc que 2.722 sera compris dans 91.61, soit fr. 33.65.

La valeur actuelle d'une annuité viagère se calcule par un procédé identique à la prime unique de l'assurance; la valeur indiquée ici est empruntée aux tables de valeur calculées par le Bureau fédéral des assurances.

les années suivantes. La valeur actuelle de l'obligation de l'assureur s'accroît d'année en année, tandis qu'au contraire la valeur actuelle des prestations de l'assuré diminue chaque année; l'exemple suivant le rend manifeste.

Age de l'assuré	Prime viagère	Valeur actuelle des engagements		Différence
		de l'assuré	de l'assureur	
30 ans	1.769	34.343	34.343	— —
40 „	„	33.791	42.165	8.374
50 „	„	25.097	52.023	26.926
60 „	„	19.167	63.361	44.194
70 „	„	13.214	74.738	61.524
80 „	„	8.265	84.200	75.935
90 „	„	4.815	90.796	85.981
97 „	„	1.769	96.618	94.849

L'assureur qui veut être en mesure de faire face à ses engagements doit se considérer comme débiteur de cette différence entre la valeur actuelle des prestations qu'il a promises et la valeur actuelle des prestations sur lesquelles il peut compter. Mais ce n'est pas là une obligation contractuelle vis-à-vis des preneurs d'assurances, c'est une obligation générale dérivant de la nature même de l'entreprise. La différence entre la valeur actuelle de l'ensemble des dépenses futures de l'assureur et la valeur actuelle des recettes futures en contributions annuelles porte le nom de Réserve pour risques en cours, Réserve de primes. (Kinkelin op. cit. p. 27. Rapport du Bureau fédéral 1889 p. XII.)

La loi fédérale du 25 juin 1885 dispose expressément que les Compagnies entreprises d'assurances sont tenues d'avoir des réserves mathématiquement calculées. Elle prescrit en effet (art. 6, 2 Litt. a) que les entreprises concessionnées doivent remettre chaque année au Conseil fédéral, avec le compte rendu de leurs opérations, un bilan, qui doit porter en particulier au passif les réserves pour chaque branche d'assurance exploitée par elles, et dans la branche vie pour ses divers modes séparément.

Elle donne au Conseil fédéral le pouvoir d'interdire toute

nouvelle opération en Suisse aux entreprises qui porteraient à leur bilan des réserves insuffisantes ou non rationnellement calculées.

Obliger les entreprises d'assurances à porter à leur passif un poste intitulé Réserve revient à leur imposer l'obligation de mettre en réserve une partie plus ou moins considérable des recettes nettes encaissées par elles.

Il faut observer que, dans les assurances à primes viagères, la prime constante qui aux âges avancés est manifestement fort inférieure aux probabilités de décès, se trouve au début notablement supérieure à la prime qui serait nécessaire si l'assurance était conclue à nouveau chaque année.

D'après la table de mortalité des 20 Compagnies anglaises et avec un taux d'intérêts de $3\frac{1}{2}\%$ la prime devrait être pour une assurance limitée à une année

à 30 ans de fr.	0.747	par cent francs payables en cas de décès
„ 40 „ „ „	0.996	
„ 50 „ „ „	1.542	
„ 60 „ „ „	2.017	
„ 70 „ „ „	6.009	
„ 80 „ „ „	13.976	
„ 90 „ „ „	27.	
„ 95 „ „ „	61.548	
„ 97 „ „ „	96.618	

tandis que la prime viagère pour l'âge de 30 ans est de 1.767.

Dans des circonstances normales, les primes mathématiques constantes annuellement encaissées laissent un excédant qui peut être capitalisé par l'assureur et produire des intérêts.

Ces excédants ne sont pas portés à un compte spécial, ils sont confondus dans les valeurs actives dont dispose l'assureur et qui doivent s'accroître d'année en année si les opérations se développent et si l'entreprise prospère.

Il n'y a pas dans la comptabilité publique des entreprises d'assurance, de réserve exclusivement composée d'excédants de primes capitalisés à intérêts composés.

Théoriquement on peut prévoir la constitution de ré-

serve exactes au moyen des excédants annuels de primes et par le jeu des intérêts composés. Adam, op. cit. donne un exemple basé sur la table de mortalité des 17 Compagnies anglaises. Il prend pour point de départ l'âge de cinquante-cinq ans et admet un taux d'intérêt de 4%. Pour déterminer la réserve d'année en année, il procède de la manière suivante.

1° Il calcule la différence entre la prime viagère pour l'âge de 55 ans (4.5026 pour cent francs du capital assuré) et la prime d'une assurance d'un an pour le même âge (2.0831).

2° Il forme le produit de cette différence (+ 2.4195) par le nombre des vivants à l'âge de 55 ans, indiqués par la Table de mortalité 63469: $2.4195 \times 63469 = \text{fr. } 153563$.

3° Il ajoute à cette somme les intérêts d'une année à 4% (fr. 6.143); ce qui la porte à fr. 159706. Cette somme constitue la réserve normale pour les contrats subsistant au début de la 56^e année.

4° Pour trouver la réserve afférant à chaque contrat, il suffit de diviser fr. 159706 par 62094, nombre des survivants au début de la 56^e année, le quotient est: fr. 2.57.

Pendant un certain nombre d'années, la réserve totale s'accroît:

a) des excédants des primes viagères sur la prime temporaire d'un an, qui chaque année devient plus élevée.

b) des intérêts de l'année à 4% sur le tout;

Cette double augmentation persiste jusqu'à la fin de la 65^e année où la réserve totale s'élève à fr. 1.226.591 et la réserve pour chaque contrat à fr. 28.83. A partir de la 65^e année, la prime viagère se trouve toujours inférieure à la prime temporaire d'un an; la réserve totale continue néanmoins à s'accroître par le jeu des intérêts jusqu'à la fin de la 70^e année, où elle atteint son maximum, fr. 1.394.487. Depuis ce moment la réserve générale décroît chaque année; mais le nombre des survivants subissant une diminution de plus en plus forte, la réserve de chaque contrat suit une marche constamment ascendante,

à 80 ans, la réserve totale est de fr. 811939, la réserve par contrat fr. 63.02,

à 90 ans, la réserve totale est de fr. 105528, la réserve par contrat fr. 80.93,

à 99 ans, la réserve totale est de fr. —.91, la réserve par contrat fr. —.91.

Si l'assureur pouvait grouper pour un âge quelconque le nombre d'individus indiqué par une table de mortalité, il pourrait aussi faire face à tous ses engagements envers ce groupe, en mettant chaque année en réserve les excédants des primes et les intérêts produits par ces excédants.

Mais les entreprises d'assurances ne peuvent procéder de cette manière, parce que le nombre des assurés de chaque classe d'âge n'est pas assez considérable et que la mortalité réelle ne correspond pas toujours exactement à la mortalité prévue; parce qu'elles n'encaissent pas toutes les primes dès le premier jour de l'année, et ne peuvent placer immédiatement leurs recettes à intérêts. (Cf. Rapport du Bureau fédéral 1889 p. XII.)

Aussi les entreprises d'assurances ne donnent-elles pas une affectation spéciale aux excédants des primes annuelles encaissées et des intérêts qu'ils ont pu produire, sur les dépenses annuelles en capitaux assurés. Les excédants s'ajoutent aux valeurs qui composent l'actif de l'entreprise; mais d'autre part l'entreprise se débite et doit se débiter de la réserve mathématiquement calculée, telle qu'elle a été définie ci-dessus.

Cette étude sommaire du mécanisme des opérations d'assurances conduit aux constatations suivantes:

1^o Les primes payées annuellement par le preneur d'assurance sont affectées dans leur majeure partie d'abord, totalement ensuite, au règlement des capitaux rendus exigibles par les décès survenus dans le cours de l'année; elles ne sont pas capitalisées à intérêts composés au profit de celui qui les paye;

2^o Les primes payées sont définitivement acquises à l'assureur dans leur intégralité. Si pour la sécurité de ses

opérations l'assureur doit se constituer des réserves en capitaux, il n'est nullement tenu de le faire au moyen des excédants de primes; il peut consacrer à cela, il doit quelquefois consacrer à cela les intérêts des capitaux engagés dans l'entreprise et les bénéfices réalisés sur des placements de fonds;

3^o Le preneur d'assurance, en droit strict, n'est pas créancier de l'assureur pour le montant de la réserve.

4^o Le capital payé au décès ne provient pas des primes payées par le preneur et capitalisées à son profit; il est prélevé sur les recettes propres de l'assureur pour l'année où le décès se produit.

En pratique, et en cas de résiliation amiable du contrat, les assureurs remettent à l'assuré une somme à peu près égale à la réserve des primes, ce qui est parfaitement équitable puisque par suite de l'abandon du contrat ils se trouvent dégagés d'un contrat synallagmatique qui leur imposait une obligation beaucoup plus étendue que celle qui restait à la charge de l'autre partie. Les entreprises d'assurances ne peuvent s'engager à verser à l'assuré le montant même de la réserve mathématique sans compromettre leurs propres intérêts. Les assurés jouissant d'une bonne santé, parvenus à un certain âge, se désisteraient de leur assurance et réclameraient le versement de la réserve; de telle sorte que l'entreprise courrait le risque de n'avoir plus affaire qu'aux assurés atteints plus ou moins gravement et parmi lesquels la mortalité serait notablement plus élevée que la mortalité prévue d'après les tables.¹⁾

Il se justifie donc par des considérations juridiques et pratiques que les entreprises d'assurance, en cas d'abandon du contrat par le preneur d'assurance, ne remboursent pas les primes, qu'elles ne puissent même lui verser une somme égale à la réserve mathématiquement calculée et qu'elles n'accordent que la valeur de rachat, c'est-à-dire la réserve diminuée d'une fraction à titre d'indemnité de résiliation, ou la réduc-

¹⁾ Rapport du Bureau fédéral, 1889, pag. 20.

tion de l'assurance; dans ce dernier cas, la réserve mathématiquement calculée est considérée comme la prime unique d'une nouvelle assurance vie entière en cas de décès. Le montant de l'assurance réduite est déterminé d'après le montant de la réserve.

§ 2. Nature juridique du contrat.

Le contrat d'assurance en cas de décès présente un caractère éminemment personnel.

Il n'est accessible qu'aux personnes d'un âge peu avancé, et jouissant d'une bonne santé.

En effet, le nombre des personnes qui parviennent aux âges avancés est très restreint; pour ces personnes, le besoin de contracter une assurance ne se fait pas sentir. Les entreprises d'assurances d'autre part seraient dans l'impossibilité de constituer un groupe d'assurés suffisamment nombreux; l'opération reposerait alors non plus sur le taux annuel de la mortalité, mais sur la probabilité individuelle de décès, qui ne peut être appréciée avec une approximation suffisante. La prime enfin atteint un taux tellement élevé qu'elle serait à elle seule un obstacle à la conclusion du contrat. — L'état de la santé exerce une influence semblable. L'assureur ne peut traiter avec aucun individu soumis à des probabilités spéciales de décès; une proposition d'assurance n'est acceptée qu'à condition d'émaner d'un individu dont l'état de santé a été reconnu normal.

L'assureur s'oblige au paiement d'un capital. Pour la fixation de ce capital, le preneur d'assurance se détermine d'après l'étendue de ses ressources annuelles, d'après la somme qu'il croit pouvoir consacrer au paiement de la prime; l'assureur discute rarement le montant de l'assurance, il accepte le chiffre fixé par le preneur, à moins que ce chiffre ne soit extrêmement élevé, et que l'assureur n'hésite à courir dans ces conditions le risque d'un décès prématuré.

La valeur économique de la vie du preneur d'assurance ne joue donc aucun rôle, ni lors de la conclusion du contrat,

ni lors du décès. L'assureur accepte la proposition d'assurance lors même que le preneur d'assurance ne se livre à aucun travail productif; il payera le capital assuré, lors même qu'au moment du décès, le preneur d'assurance se trouvait à la charge de sa famille.

Le preneur peut vouloir que le montant de l'assurance rentre dans l'actif de la succession, et suive le sort de cet actif, qu'il serve au besoin à exécuter les obligations qu'il a contractées; mais le plus généralement, le preneur stipule que le montant de l'assurance devra être payé à des tiers, qu'il désigne au moment même de la conclusion du contrat, ou qu'il se réserve de désigner ultérieurement. — L'assurance apparaît donc comme une stipulation au profit d'autrui.

C'est bien ainsi du reste qu'elle a été envisagée, sinon toujours dans la doctrine, du moins par la jurisprudence.

En France, l'assurance en cas de décès est considérée comme rentrant dans les termes de l'art. 1121 Code civil, ainsi conçu: „On peut pareillement stipuler au profit d'un tiers lorsque telle est la condition d'une stipulation que l'on fait pour soi-même ou d'une donation que l'on fait à un autre. Celui qui a fait cette stipulation ne peut plus la révoquer, si le tiers a déclaré vouloir en profiter.“

Longtemps la Cour de Cassation a interprété cet article dans ce sens que le preneur d'assurance stipulait d'abord pour lui-même le paiement d'un capital en cas de décès, puis par une stipulation accessoire et simultanée transmettait ses droits à la personne qu'il désignait comme bénéficiaire. D'où résultait que le preneur d'assurance devenait créancier de l'assureur pour un capital à échéance incertaine, qu'il cédait cette créance au tiers bénéficiaire, et que celui-ci n'était au fond que le cessionnaire du preneur. — Mais depuis ces dernières années, la Cour de Cassation donne à cet article un sens plus large. Dans un arrêt du 16 janvier 1888 (affaire Depretz c. Faillite Beny-Delobea) elle s'exprime de la manière suivante:

„Attendu que, en droit, le contrat d'assurance sur la vie, „lorsque le bénéfice de l'assurance est stipulé au profit d'une

„personne déterminée, comporte essentiellement l'application
„de l'art. 1121, c'est-à-dire des règles qui régissent la stipu-
„lation pour autrui, que vainement on voudrait prétendre,
„comme l'a fait l'arrêt attaqué, que dans un pareil contrat,
„l'assuré ne stipulant pas pour lui-même, les dispositions de
„l'art. 1121 ne sauraient être invoquées par le tiers béné-
„ficiaire.

„Attendu en effet que, d'une part, le profit de l'assu-
„rance peut dans certaines éventualités revenir au stipulant,
„et que d'ailleurs, le profit moral résultant des avantages
„faits aux personnes désignées suffit pour constituer un in-
„térêt personnel dans le contrat; que, d'autre part, le stipu-
„lant s'engage à servir à la Compagnie d'assurances des
„primes annuelles, de telle sorte, qu'à quelque point de vue
„qu'on se place, il est impossible de soutenir que le stipulant
„ne stipule pas pour lui-même et que par suite l'art. 1121
„n'est pas applicable.“

La Cour de Cassation abandonne ainsi les principes sur lesquels reposaient ses décisions antérieures; elle abandonne cette fiction que le preneur d'assurance devient créancier de l'assureur et cède au tiers bénéficiaire la créance ainsi acquise; elle reconnaît que le contrat d'assurance fait naître une créance directement au profit du tiers bénéficiaire; elle déclare que la volonté du législateur, qui exige que le stipulant stipule d'abord pour lui-même, est suffisamment respectée si ce stipulant retire un profit moral de l'assurance et s'oblige à des prestations envers le promettant.

Déjà des auteurs français estiment que toute stipulation pour autrui est licite, lorsqu'elle est le correspectif d'une prestation faite ou promise par le stipulant au promettant.¹⁾

Il est douteux néanmoins que tel soit le sens littéral de l'art. 1121. Les tribunaux, en lui donnant cette portée, réforment la loi plutôt qu'ils ne l'appliquent, mais on ne saurait leur en faire vraiment un reproche, car, en agissant

¹⁾ E. Bazenet: De l'assurance sur la vie contractée par l'un des époux au profit de l'autre. Paris 1889.

ainsi, ils cèdent à la force même des choses, qui brise les vieux cadres des lois.

Le projet de Code civil allemand admet la validité des stipulations directes au profit d'autrui et par conséquence l'existence d'un lien de droit direct entre le promettant et le tiers bénéficiaire.¹⁾

Le Code fédéral des obligations art. 128 est conçu dans le même sens.²⁾

L'assurance en cas de décès présente donc des différences essentielles avec les autres assurances terrestres.

Dans ces dernières, en effet, le preneur d'assurance stipule *toujours* pour lui-même et jamais au profit d'une tierce personne.

L'obligation de l'assureur consiste à procurer à l'assuré lui-même la réparation du dommage matériel que lui cause un événement déterminé; il s'acquitte de cette obligation soit en faisant remettre à ses frais les choses dans leur état antérieur au sinistre, soit en payant à l'assuré une indemnité en espèces qui compense la perte subie.

De là résultent les règles suivantes :

1° C'est la valeur vénale de la chose qui doit déterminer le montant de l'assurance; la même chose ne doit pas être assurée pour une somme supérieure à sa valeur; elle ne peut être valablement assurée plusieurs fois pour toute sa valeur;

2° L'assureur, en cas de sinistre, paye non le montant de l'assurance, mais le montant du dommage, jusqu'à concurrence de la somme assurée.

Si la chose qui fait l'objet de l'assurance, a été assurée pour une partie seulement de sa valeur, l'assuré est censé être resté son propre assureur pour le surplus; le dommage en cas de sinistre se répartit proportionnellement entre l'assureur et l'assuré.

¹⁾ Projet de Code civil § 412 à 416. Motive zu dem Entwurfe eines bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich. II p. 265 et suivantes.

²⁾ Schneider et Fick, Das Schweizerische Obligationenrecht, art. 128; Haberstich, Handbuch II p. 208 sq.

En d'autres termes, pour qu'une assurance de choses puisse être sérieusement conclue, il faut que le preneur aît un intérêt matériel à la conservation de la chose ;¹⁾ dans les assurances en cas de décès, un intérêt moral suffit.

Dans l'assurance en cas de décès, l'assureur est toujours tenu au paiement du capital assuré, l'assurance en cas de décès ne peut donc être soumise aux mêmes règles que les assurances de choses. L'exemple des législations existantes le prouve surabondamment.

Le Code civil du canton de Zurich § 496 (ancien § 1704) porte :

„Durch den Versicherungsvertrag wird von dem Einen, „dem Versicherer, gegen eine von dem Andern, dem Versicherten, bezahlte oder zu bezahlende Prämie die Vergütung „des aus einer gefürchteten Gefahr diesem widerfahrenden „Schadens übernommen.“

Il prohibe § 502 les assurances pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée, et § 503 la double assurance. Ces dispositions paraissent devoir s'appliquer à toutes les assurances, mais les §§ 505 et 506 soustraient au contraire expressément les assurances décès à leur application.

§ 505: „Es können aber auch Personen und persönliche „Eigenschaften zu ihrem Versicherungswerthe angeschlagen „und dieser gegen Gefahren, z. B. des Todes oder der Arbeits- „unfähigkeit versichert werden.“

§ 506. „In dem Falle persönlicher Versicherung wird „die Grösse der Versicherungssumme durch freies Belieben der „Vertragsparteien festgesetzt und es kann das nämliche In- „teresse auf vollgültige Weise auch wiederholt versichert „werden.“

La loi belge sur les assurances procède de même. Elle définit l'assurance : „un contrat par lequel l'assureur s'oblige, „moyennant une prime, à indemniser l'assuré des pertes ou

¹⁾ Cette idée n'est cependant pas unanimement admise. Elle est combattue par Endemann. Cf. W. Lewis, Lehrbuch des Versicherungsrechts, Stuttgart 1889, p. 41.

„dommages qu'éprouverait celui-ci par suite de certains évènements fortuits ou de force majeure,“ mais elle est obligée d'admettre aussi (art. 41) que „l'indemnité à payer lors du décès est définitivement réglée au moment du contrat.“

Le législateur italien a évité cette contradiction. Il définit (art. 417 Code Commerce) l'assurance comme suit: „L'assurance est un contrat par lequel l'assureur s'oblige moyennant une prime à réparer la perte ou le dommage qui peuvent résulter pour l'assuré d'évènements déterminés fortuits ou de force majeure, ou à payer une somme d'argent suivant la durée de la vie d'une ou plusieurs personnes ou à leur décès.“

Au fonds, le Code italien ne donne pas une unique définition comprenant toutes les assurances; il a réuni dans un seul article deux définitions s'appliquant l'une aux assurances sur la vie, l'autre aux autres assurances.

Il ne soumet pas du reste les assurances vie aux mêmes règles que les autres assurances, et a groupé dans le Chapitre III du Titre XIV les dispositions qui les concernent spécialement.

Le projet fédéral, art. 744, portait:

„Par le contrat d'assurance, l'assureur s'oblige, contre le paiement d'une prime, à réparer le dommage qui pourra être causé à l'assuré, ou à lui payer une somme fixe (somme assurée), s'il arrive un évènement déterminé préjudiciable à celui-ci.“

Il est ainsi constant que l'assurance en cas de décès ne peut vraiment être comprise dans la même définition que d'autres assurances et qu'elle réclame des règles spéciales.

On peut même conclure des considérations exposées plus haut que le contrat d'assurance en cas de décès est improprement qualifié „assurance“.

C'est ce que déclare le Bureau fédéral des assurances, dans son rapport sur l'année 1887 publié en 1889: „Le fait que l'on a envisagé l'assurance sur la vie comme une espèce d'assurance contre les dommages a été très préjudiciable à la théorie et à la pratique de l'assurance sur la vie“ (p. III) et, plus loin, p. IV: „Le principe de l'assurance sur la vie

„ne repose pas sur un évènement exceptionnel ou complètement
„fortuit, mais sur un évènement certain ou qui se produit
„généralement. D'après les termes du contrat la somme as-
„surée devra être payée quand cet évènement aura lieu ou à
„un certain âge et indépendamment de la perte économique
„que l'assuré peut souffrir ou de l'importance de cette perte.
„C'est une somme d'argent que l'on veut assurer à d'autres
„ou à soi-même, quand on mourra ou à une certaine époque
„de la vie et non pas un dédommagement pour le préjudice
„éventuel que la mort peut causer au point de vue écono-
„mique.“

Il ne reste donc qu'à rechercher quelles règles réclame la nature même du contrat d'assurance décès, en faisant le plus possible application des principes généraux édictés par le Code fédéral des Obligations.

Art. 2. Forme du contrat d'assurance.

En pratique, le contrat d'assurance est conclu sur la base de déclarations écrites émanant du preneur d'assurance et munies de sa signature; l'assureur possède ainsi un document constatant en sa faveur au moins la proposition d'assurance.

Cette proposition ayant été acceptée, il est dressé en France un acte en double exemplaire contenant les conditions de l'assurance générales (soit communes à tous les contrats de même genre) et particulières (c'est-à-dire spéciales à un contrat déterminé); cela en conformité des dispositions de l'art. 332 Code Commerce qui prescrit la rédaction par écrit du contrat d'assurance, et de l'art. 1325 Code civil.

La plupart des assureurs suisses, anglais et allemands se bornent à remettre à l'assuré un acte émanant d'eux et contenant les conditions auxquelles la proposition d'assurance a été acceptée; et quelquefois aussi les conditions générales des assurances décès.¹⁾

¹⁾ Il est à désirer que toutes les polices rappellent les conditions générales de l'assurance, et renseignent ainsi l'assuré d'une manière complète sur l'étendue de ses droits et de ses obligations, mais on ne saurait imposer

Le législateur peut sans inconvénient disposer que le contrat d'assurance ne sera valable qu'autant qu'il sera constaté par écrit conformément aux articles 11 et suivants C. O. Ce contrat présente certainement quelque analogie avec le contrat de rente viagère pour lequel la forme écrite est exigée; art. 518 C. O.

Les polices sont fréquemment créées „à ordre“. Cette clause ne fait point de la police un titre à ordre régi par les articles 843 et suiv. C. O. qui s'appliquent exclusivement aux écrits portant promesse de paiement d'une somme d'argent ou de livraison d'une quantité déterminée de choses fongibles à une époque déterminée. Elle n'est point destinée à permettre au titre de circuler de main en main comme un effet de change.

Elle a pour effet de permettre au preneur de modifier à son gré la désignation du bénéficiaire sans être tenu d'en donner avis à l'assureur et sans faire inscrire cette modification sur les registres de celui-ci.

La clause *au porteur* est d'un usage moins fréquent; elle est stipulée par quelques assureurs qui entendent être bien et valablement libérés en payant le montant de l'assurance à la personne qui, après le décès, se trouve en possession de la police; elle n'a point pour effet de transformer la police en un véritable titre au porteur, transmissible par simple tradition et faisant naître au profit de celui qui en est détenteur une présomption de légitime propriété.

Aucune considération n'exige que le législateur interdise l'emploi de polices à ordre ou de polices au porteur. Il suffit que la loi précise la portée de ces clauses dans le sens ci-dessus.

Mais il faudrait prévoir le cas de perte de la police par le preneur d'assurance ou par le bénéficiaire.

législativement aux entreprises d'assurance l'usage de formulaires déterminés. Le Conseil fédéral a du reste sur la teneur des polices un pouvoir de contrôle assez étendu, en vertu duquel il s'est opposé à l'emploi de formules qui revêtaient l'apparence de véritables promesses de paiement absolument incontestables (Rapport pour l'année 1888 p. XVII).

Dans l'état actuel des choses, les entreprises d'assurances peuvent être contraintes de délivrer un duplicata d'une police à ordre perdue ou volée, si l'on applique par analogie la procédure d'annulation prévue au Code fédéral pour les effets de change. Mais cette application¹⁾ extensive des art. 844 et 791 et suiv. C. O. peut faire l'objet de doutes sérieux. Si l'on estime les droits du tiers porteur éventuels suffisamment protégés par cette procédure, il serait préférable de l'étendre expressément aux polices à ordre.

Quant à l'annulation des polices au porteur, elle serait régie par l'art. 857 C. O. qui serait plutôt trop rigoureux.

La loi belge (art. 25) et le Code italien (art. 420) exigent que le contrat d'assurance soit rédigé par écrit; mais seulement en ce qui concerne la preuve.

Le Code zuricois § 497 stipule que le contrat d'assurance doit être rédigé par écrit pour être obligatoire pour les deux parties, mais il dispose que le vœu de la loi est accompli lorsque l'assureur a remis la police à l'assuré, ou a fait dans ses livres les inscriptions d'usage.

Le projet fédéral (art. 745) se bornait à accorder au preneur le droit d'exiger de l'assureur un acte signé par lui et indiquant ses obligations.

Art. 3. Décès à la charge de l'assureur.

Le premier point sur lequel doit se porter l'attention des parties et celle du législateur, c'est la détermination des cas dans lesquels la somme assurée devra être payée ou de ceux dans lesquels elle ne le sera pas; c'est, pour employer les expressions consacrées, la fixation des risques que l'assureur prend à sa charge. L'assureur devra-t-il payer le montant de l'assurance quelle que soit la cause du décès? Certains cas de décès resteront-ils au contraire en dehors de l'assurance?

Un grand nombre de polices²⁾ stipulent que l'assureur

¹⁾ Admise par le Tribunal fédéral, arrêt du 21 Juin 1884 Hauert c. Zürcher Kantonbank R. O. X. p. 276 ff.

²⁾ Le Bureau fédéral des assurances a publié dans son rapport sur l'année 1887 des tableaux résumant les conditions générales des assurances

est libéré de toute obligation, et l'assuré (preneur d'assurance ou bénéficiaire) déchu du bénéfice de l'assurance si le décès est la conséquence d'une condamnation judiciaire, d'un duel ou d'un suicide. Il serait préférable de formuler cette même idée en d'autres termes et de dire comme le fait la Caisse de rentes Suisse :

„Par l'assurance en cas de décès, la Compagnie contracte „l'obligation de payer le capital fixé dans la police, à condition que le décès ait eu lieu d'une manière naturelle, „c'est-à-dire par maladie, vieillesse, accident, ou par une „main étrangère.“ — La Caisse de rentes Suisse stipule de plus : „Ne sont pas compris dans le contrat d'assurance les „décès qui ont lieu en duel ou par suite d'un duel; par un suicide intentionnel ou par les suites d'une tentative de suicide.“

Le Code belge porte: L'assureur ne répond point de la mort de celui qui a fait assurer sa propre vie, lorsque cette mort est le résultat d'une condamnation judiciaire, d'un duel, d'un suicide sauf la preuve que celui-ci n'a point été volontaire, ou lorsqu'elle a eu pour cause immédiate et directe un crime ou un délit commis par l'assuré et dont celui-ci a pu prévoir les conséquences. Dans ces divers cas l'assureur conserve les primes, s'il n'y a convention contraire.

Le Code italien contient art. 450 une disposition conçue presque dans les mêmes termes.

Dans le projet fédéral se trouvait l'article suivant: „Dans „les assurances sur la propre vie de l'assuré, l'assureur est „libéré de l'obligation de payer la somme assurée, lorsque „l'assuré a subi la peine capitale, a trouvé la mort dans un „duel, ou a mis lui-même fin à ses jours, à moins que dans „ce dernier cas, il ne soit établi que l'assuré n'était plus „responsable de ses actes.

„L'assureur ainsi libéré doit rembourser toutes les primes „sans intérêts.“

La question est donc celle-ci: Y a-t-il lieu d'ériger les

d'après les polices ou les statuts des Compagnies concessionnées en Suisse.
— C'est à ces tableaux que sont empruntées les diverses indications relatives avec la teneur des polices ou des statuts.

clauses de la plupart des polices en dispositions légales, comme cela a été fait en Belgique et en Italie? Si non, quelle règle adopter?

Il convient d'examiner séparément ce qui concerne le suicide, le duel et les condamnations judiciaires.

A. *Suicide*¹⁾. La clause relative au suicide et la disposition légale qui s'y rapporte, sont inspirées principalement par l'analogie apparente qui existe entre le cas du preneur d'assurance qui se donne la mort, et le cas de l'assuré qui met intentionnellement le feu à l'immeuble qu'il a fait assurer.

L'assuré qui incendie sa propre maison encourt la déchéance du bénéfice de l'assurance; l'assureur ne paye aucune indemnité pour le dommage résultant de l'incendie, et se trouve en droit de résilier unilatéralement le contrat. Cela se comprend. L'assuré, s'il n'a pas agi par un désir de destruction dont on ne trouve pas d'exemples, a eu pour but d'amener la réalisation de l'évènement auquel est subordonnée l'obligation de l'assureur — il cherche à faire une spéculation fructueuse au préjudice de l'assureur, car l'incendie volontaire est toujours accompagné de fausses déclarations de la valeur des objets assurés ou sinistrés. Le seul mobile de l'acte de l'assuré, c'est d'obtenir le payement du montant de l'assurance.

Le preneur d'assurance qui se donne la mort agit-il dans le même but?

Evidemment non! S'il se donne la mort, ce n'est point pour laisser à ses créanciers la libre disposition de son patrimoine augmenté du montant de l'assurance; ce n'est point pour procurer au bénéficiaire désigné par lui le payement immédiat d'une somme plus ou moins considérable; c'est parce que des circonstances diverses exercent sur lui une influence à laquelle il ne peut résister (souffrances corporelles, chagrins, crainte du déshonneur). Il n'entre générale-

¹⁾ Le suicide a fait l'objet d'un excellent rapport de Mr. le Prof. Dr. Koenig à l'Assemblée des Juristes Suisses en 1885 à Aarau, et ce rapport a été suivi d'une discussion assez approfondie.

ment dans la détermination qu'il prend aucune intention de spéculer au détriment de l'assureur. L'assureur n'a plus les mêmes griefs légitimes contre le preneur d'assurance, ni le même droit à se considérer comme libéré de ses obligations. Le législateur ne peut considérer le suicide comme une violation du contrat qui lie le preneur d'assurance à l'assureur et prononcer par ce motif la libération de l'assureur.

Cette conséquence attachée par la loi au suicide semblerait avoir pour but de le frapper d'une sorte de peine civile et de détourner ainsi du suicide, mais des considérations de morale ne peuvent être mises en avant lorsqu'il s'agit de déterminer les obligations qui doivent exister entre l'assureur et le preneur d'assurance.

On peut être tenté de soutenir que l'assureur doit payer le montant de l'assurance même en cas de suicide. L'assureur en effet calcule les primes d'après le nombre des décès annuels indiqués par une table de mortalité, dont il a fait choix, et si les décès par suicide n'en ont pas été déduits, ils sont ainsi entrés en ligne de compte, ils ont été pris en considération. Le suicide de l'assuré n'impose donc pas à l'assureur des obligations qu'il n'a point prévues ni du prévoir, il n'augmente pas l'étendue de ses obligations, puisque le taux de la mortalité n'a point été modifié.

Les décès par suicide forment en Suisse une très petite fraction des décès annuels. Le Bureau fédéral de statistique, dans son Annuaire pour 1891, donne les chiffres suivants:

	Nombre des décès:	Nombre des suicides:
1881	63979	675
1882	62849	688
1883	58733	682
1884	58301	647
1885	61548	661
1886	60061	692
1887	58939	626
1888	58929	609
1889	59715	663
	<u>542354</u>	<u>5943</u>

Il résulte de là que les suicides entrent pour 1,09% dans les causes de décès. La population de fait ayant été en moyenne arrondie de 2.850.000 entre 1880 et 1888, il y a un suicide sur 4300 habitants, et si l'on déduit de la population les personnes âgées de moins de 20 ans, ce qui la réduit à 1.600.000 en chiffres ronds, il y a un suicide sur 2400 habitants. Lors même que la statistique des suicides ne serait pas tout à fait exacte, qu'un certain nombre de cas n'aurait pas été déclaré, l'erreur ne serait pas considérable et les rectifications, quelles qu'elles puissent être, ne modifieraient pas sensiblement ces chiffres. En mettant les suicides à la charge des assureurs, le législateur ne leur imposerait pas une charge imprévue et considérable, à moins que par suite de l'introduction d'une disposition de ce genre, le nombre des suicides subit une très forte augmentation.

Il n'y aurait pas grand inconvénient à rédiger la loi dans ce sens, si les assurances étaient toutes contractées pour des sommes égales et peu élevées; mais il faut tenir compte précisément de ce que ces sommes sont inégales et qu'il existe des assurances conclues pour un capital très considérable.

Il convient donc de laisser aux assureurs une certaine liberté d'action; la convention qui exonère l'assureur des risques de suicide, n'a rien de contraire à l'ordre public. En résumé le législateur doit poser en principe que l'assureur est tenu au paiement de la somme assurée quelle que soit la cause du décès, sauf stipulation contraire expresse en ce qui concerne le suicide.

Il n'y a pas lieu de craindre que les assureurs fassent un usage abusif de cette clause. Actuellement en effet les assureurs, en cas de suicide, accordent soit la valeur de rachat au jour du décès, soit la réserve des primes, soit même la restitution des primes versées. Quelques compagnies payent le montant de l'assurance s'il leur est démontré que le preneur d'assurance n'était plus responsable de ses actes, lorsqu'il s'est donné la mort. — Enfin récemment un certain nombre de compagnies, la Bâloise entre autres, ont décidé

qu'elles nese prévaudraient pas de la clause de déchéance lorsque le contrat daterait de plus de cinq années.

Il serait bien difficile de limiter législativement la portée de la clause relative au suicide.

Quels que soient les termes des polices ou des statuts, les entreprises d'assurances se considèrent toujours comme tenues, et seront au besoin judiciairement condamnées, au paiement du montant de l'assurance, lorsque le décès provient bien d'un acte de l'assuré, mais que cet acte n'a pas été le résultat d'une volonté consciente (empoisonnement par accident, acte commis dans un accès de délire). En pareil cas il n'y a pas suicide mais accident. — L'intervention du législateur n'est pas nécessaire.

Si le législateur veut aller plus loin, s'il veut mettre à la charge de l'assureur tout suicide qui n'est pas le résultat d'une volonté parfaitement réfléchie, qui se produit à un moment où l'assuré n'est plus entièrement responsable de ses actes, il pose une règle dont l'application donne lieu à de grandes difficultés pratiques.

Il est donc préférable pour le moment de laisser les parties débattre librement les clauses du contrat, et renvoyer le preneur qui entend que le suicide soit à la charge de l'assureur à s'adresser à l'une des entreprises qui contractent dans ces conditions.

B. Duel. Il n'existe aucun motif grave de disposer par voie législative que le décès en duel n'est pas compris dans l'assurance.

Le duel n'est pas, en Suisse, d'un usage fréquent, et l'on ne pourrait dans une longue période d'années citer un duel entre citoyens suisses ou personnes domiciliées en Suisse qui ait eu une issue fatale pour l'un des combattants.

Mais inversement, il n'existe pas de motifs pour imposer aux assureurs les risques de duel et prohiber d'une manière absolue toute clause excluant le duel de l'assurance.

Ici encore il faut observer que les compagnies concessionnées en Suisse agissent, si l'assuré a succombé dans un duel, ou bien aux suites d'un duel, de la même manière que

s'il s'était donné lui-même la mort; elles versent aux intéressés, la plupart la valeur de rachat, d'autres la réserve, d'autres les primes, quelques-unes enfin renoncent à se prévaloir de la clause de déchéance, si le contrat date de plusieurs années.

C. Quant au décès par suite de condamnations judiciaires, le législateur fédéral n'a pas à s'en préoccuper, et les assureurs peuvent sans compromettre leur situation renoncer à les exclure de l'assurance.

Depuis l'abrogation de la disposition de la Constitution fédérale qui abolissait la peine de mort (art. 65), peu de cantons ont rétabli chez eux la peine capitale. Dans ces cantons même, les condamnations à mort sont heureusement très rares; la condamnation prononcée n'est pas exécutée, l'autorité compétente accordant une commutation de peine. Enfin il est à peu près sans exemple que celui qui a contracté une assurance sur sa propre vie, commette un crime de nature à entraîner l'application de la peine de mort. On ne trouverait probablement dans les annales judiciaires d'autres cas que celui de l'assassin de l'huissier Gouffé.

La libération de l'assureur dans de telles circonstances n'est au fond qu'une sanction civile qui s'ajoute contre le criminel aux sanctions pénales.

Art. 4. Les réticences et leurs conséquences.

Les lois d'assurance maritime contiennent toutes une disposition aux termes de laquelle toute réticence, toute fausse déclaration de la part de l'assuré, qui diminuerait l'opinion du risque ou en changerait le sujet, annulent l'assurance, même dans le cas où la fausse déclaration, la réticence n'auraient pas influé sur le dommage ou la perte de l'objet assuré (Code de commerce art. 348; Allg. Deutsches Handels-G. art. 810 und 813). Cette prescription rigoureuse se comprend et se justifie aisément. L'assureur, d'une part, est dans l'impossibilité de contrôler les déclarations de l'assuré qui peut être facilement tenté de commettre une fraude

à son préjudice. Le contrat, d'autre part, est conclu pour une courte durée. En l'absence de lois sur le contrat d'assurance en général et sur le contrat d'assurance-vie, les dispositions édictées en vue des assurances maritimes ont été appliquées par analogie, par identité de motifs, aux assurances-vie. Du droit maritime, cette règle a passé dans les polices d'assurance sur la vie et actuellement encore un grand nombre des Compagnies stipulent expressément que toute déclaration inexacte, toute fausse déclaration, toute réticence entraîne l'annulation du contrat; que l'assureur est en droit d'invoquer cette clause de nullité et de déchéance lors même que le preneur d'assurance aurait agi de bonne foi; lors même qu'il n'existerait aucune corrélation entre le décès et le fait non déclaré ou inexactement déclaré. Les Compagnies françaises ajoutent que dans tous les cas, les primes versées restent acquises à l'assureur. Ces clauses se trouvent d'une rigueur excessive lorsqu'elles sont appliquées à l'assurance vie où l'assureur a les moyens de contrôler assez efficacement la déclaration du preneur (visite médicale); où le contrat est conclu pour une longue période d'années et où, enfin, le bénéfice de l'assurance est attribué non au preneur mais à des tiers qui ignorent les vices du contrat.

Les lois récentes, la loi belge, le Code italien, tout en admettant que la fausse déclaration, la réticence relative à des faits de nature à influencer sur l'opinion du risque, entraîne l'annulation du contrat, exigent qu'une distinction soit faite entre la mauvaise foi et la bonne foi, et dans le premier cas seulement accordent à l'assureur le droit de conserver les primes encaissées.

Dans son Exposé de motifs, Munzinger déclarait que la loi doit prêter à l'assureur la protection la plus étendue possible contre les déclarations mensongères, mais qu'il y aurait rigueur injuste à frapper la simple négligence de la même peine que la fraude, et dans le cas de négligence simple il maintenait l'obligation de l'assureur de payer le montant de l'assurance, si du moins le sinistre était indépendant du fait

non déclaré. Le projet E³ contenait à ce sujet des dispositions détaillées. Il accordait à l'assureur :

1^o Le droit d'attaquer le contrat *avant l'évènement du risque* si l'assuré a répondu d'une manière inexacte aux questions qui lui ont été adressées, soit par mauvaise foi, soit par négligence, si la réponse ainsi donnée pouvait influencer d'une manière décisive sur la volonté de l'assureur ou si l'assuré a caché de mauvaise foi un fait important.

L'assureur a droit de conserver les primes lorsque la mauvaise foi de l'assuré est établie; dans le cas contraire, il doit les restituer sans intérêts.

2^o Le droit de demander la résiliation du contrat *après le décès* à charge par lui de prouver que le décès a été causé par une circonstance ou un fait non déclaré ou inexactement déclaré par mauvaise foi, au moment de la conclusion du contrat.

Il est autorisé à réclamer au moins une diminution de la somme assurée ou une augmentation de la prime.

Enfin un certain nombre de Compagnies concessionnées en Suisse (allemandes, américaines, anglaises et suisses) limitent à cinq années dès la conclusion du contrat, l'application de la clause de déchéance, les cas de dol exceptés. — Quelques-unes même, l'Equitable de New-York, la Bâloise, renoncent complètement à invoquer la clause de déchéance au bout de quelques années (Bâloise 5 ans).

Les conséquences des fausses déclarations et des réticences sont donc très diversement appréciées. — Il s'agit de rechercher :

1^o Si ces réticences de l'assuré doivent bien entraîner l'annulation du contrat;

2^o S'il ne faut pas distinguer entre réticences commises de mauvaise foi, et les déclarations qui se trouvent inexactes sans que l'assuré ait commis une faute.

3^o Si l'annulation doit être prononcée après le sinistre, lors même que le sinistre ne provient pas des faits sur lesquels porte la réticence.

4^o Si l'assureur a droit aux primes encaissées?

Faisons abstraction des clauses des polices d'assurance! Supposons que nous ayons à prononcer sur la validité ou la nullité d'un contrat d'assurance conclu sur la foi de déclarations inexactes des preneurs d'assurances, et que nous devons baser notre décision soit sur les principes généraux du Code fédéral, soit sur la nature même du contrat d'assurance? Quelle serait la décision?

Pour se départir du contrat, l'assureur peut invoquer ou bien l'erreur essentielle ou bien l'inexécution par le preneur des obligations que le contrat lui impose.

S'il établit l'erreur essentielle, le contrat est nul.

S'il prouve que le preneur n'a point accompli les obligations que le contrat lui impose, le contrat doit être résilié.

D'après le Code fédéral (art. 19, 4^o), il y a erreur essentielle non seulement lorsque l'erreur porte sur la substance même de la chose, sur la nature du contrat, mais encore lorsque le contrat impose à l'une des parties des obligations notablement plus étendues qu'elle ne le voulait en réalité.

Quelle est la situation de l'assureur auquel une circonstance importante n'a pas été révélée ou même a été volontairement dissimulée? Le preneur étant soumis à l'influence de causes spéciales de décès, l'obligation de l'assureur est autre et beaucoup plus étendue que celle qu'il entendait contracter.

L'assureur a donc le droit de provoquer l'annulation du contrat sans avoir à prouver autre chose que l'inexactitude de la déclaration et sans que le preneur puisse opposer à la demande d'annulation sa bonne foi, l'ignorance où il était lui-même du fait non déclaré.

L'assureur obtiendrait le même résultat en soutenant que la nature même du contrat d'assurance impose au preneur l'obligation de déclarer toutes les circonstances qui sont ou doivent être à sa connaissance et qui peuvent influencer sur la conclusion du contrat; qu'en prouvant que le preneur n'a pas déclaré ou a inexactement déclaré une circonstance de nature à influencer sur l'opinion du risque, il a prouvé par cela même que le preneur n'a pas exécuté les obligations que le

contrat lui imposait; qu'en conséquence il est en droit de demander la résiliation du contrat, sans que le preneur puisse lui opposer sa bonne foi.

Quel que soit le raisonnement que l'on adopte, l'assureur se trouve dégagé du contrat, libéré de l'obligation de payer le capital assuré, même lorsque le preneur a agi sans mauvaise foi, même lorsque le décès ne provient pas de l'affection non déclarée. Il est impossible d'accorder au juge la faculté de prononcer seulement la réduction de la somme assurée, ou d'allouer un supplément de prime. L'assureur conclut l'assurance au tarif établi, ou ne la conclut pas; — il n'y a pas dans la branche assurance-vie de classification de risques d'après l'état de santé, ni de tarifs divers suivant le plus ou moins de gravité des affections dont le preneur se déclare atteint.

La nullité du contrat, la résiliation, pourrait-elle être invoquée à quelque époque que ce soit, lors même qu'un grand nombre d'années se sont écoulées depuis la conclusion du contrat?

Cela ne serait pas conforme aux règles générales du Code fédéral.

La nullité pour cause d'erreur ne peut plus être invoquée lorsqu'il s'est écoulé plus d'une année depuis que la partie induite en erreur a eu connaissance de son erreur (art. 28 C. O.).

Celui qui, pouvant réclamer la résiliation d'un contrat parce que l'autre partie contractante n'a pas tenu ses engagements, continue à exécuter le contrat en ce qui le concerne et en accepte l'exécution de la part de l'autre partie doit être censé avoir renoncé à invoquer les causes de résiliation.

L'assureur qui, sachant que le preneur n'a pas déclaré tous les faits qu'il aurait du déclarer, accepte le paiement des primes annuelles, renonce par ce fait même à invoquer ultérieurement l'inexactitude ou la fausseté des déclarations pour se libérer du paiement de la somme assurée.

Il convient même de déterminer un délai passé lequel l'action en nullité ou en résiliation ne sera plus recevable,

et de fixer ce délai à dix ans, comme le délai normal de prescription.

Il est presque impossible que dans un délai de dix années les circonstances qui étaient de nature à exercer une influence sur l'opinion du risque, ne manifestent pas leur existence de manière à permettre à l'assureur de se faire délibérer de ses obligations s'il s'y croit fondé. D'autre part il est indispensable de mettre les bénéficiaires du contrat, qui en ignorent absolument les vices, qui doivent compter sur sa validité, à l'abri de contestations qui se produiraient après le décès.

L'action ayant été intentée dans le délai légal et le contrat mis à néant, l'assureur conservera-t-il les primes payées? D'après les principes généraux les choses devraient être remises dans leur état précédent et l'assureur restituer les primes. Cette restitution doit lui être imposée si l'annulation est prononcée contre un preneur reconnu de bonne foi; mais l'assureur est fondé à retenir les primes à titre de dommages-intérêts lorsque le preneur s'est livré à son égard à des manoeuvres dolosives pour l'amener à contracter.

Il faut régler aussi la situation de celui qui devient cessionnaire de l'assurance par suite d'un contrat à titre onéreux. La nullité pourra-t-elle lui être opposée? La résiliation du contrat pourra-t-elle être requise même contre lui?

Dans son arrêt du 11 Juin 1887 V. c. le Phénix, R. O. XIII p. 249 le Tribunal fédéral a décidé:

„Les exceptions, entre autres celle de dol, que la Compagnie est en droit d'opposer à sieur E. (preneur), sont également opposable à sieur V., cessionnaire, soit que le transfert des titres en mains de ce dernier doive être considéré comme une cession proprement dite (C. O. art. 189), soit qu'il s'agisse de la transmission par endossement d'un titre à ordre (C. O. art. 843), puisque le dit titre, nul lors de sa constitution, ne saurait revivre en faveur du tiers cessionnaire ou détenteur.“

Art. 5. Modifications des conditions primitives.

A. Modifications relatives au preneur d'assurance. Après la conclusion du contrat, diverses circonstances peuvent en modifier les conditions primitives, les unes d'une manière passagère, les autres d'une manière permanente ou prolongée.

Parmi les premières rentrent les voyages et séjours en dehors d'une zone déterminée, et l'état de guerre, en raison duquel le preneur d'assurance est appelé au service actif; parmi les secondes les changements de profession, les changements de manière de vivre (vie déréglée, ivrognerie) et la condamnation à une détention prolongée.

On ne trouve guère à cet égard dans les lois que des dispositions générales s'appliquant à toutes les assurances.

Le Code zuricois dispose par exemple:

„§ 519. Der Versicherte darf während der Versicherungszeit nichts vornehmen oder vornehmen lassen, wodurch den Voraussetzungen des Vertragsabschlusses zuwider zum Nachtheile des Versicherers die Gefahr vergrößert wird.

„Thut er dies doch, so wird angenommen, er habe von da an die ganze Gefahr auf sich genommen und der Versicherer sei inzwischen frei von der Ersatzpflicht.“

De même le Code belge stipule:

„Les obligations de l'assureur cessent lorsqu'un fait de l'assuré transforme les risques par le changement d'une circonstance essentielle ou les aggrave de telle sorte que si le nouvel état de choses avait existé à l'époque du contrat, l'assureur n'aurait point consenti à l'assurance ou ne l'aurait consentie qu'à d'autres conditions.“ Mais il fait la réserve que: „Ne peut se prévaloir de cette disposition l'assureur, qui après avoir eu connaissance des modifications apportées aux risques a néanmoins continué à exécuter le contrat.“

Le Code italien cependant contient outre une disposition générale relative aux assurances contre les dommages (art. 432) une disposition spéciale à l'assurance sur la vie (art. 451): „les changements de domicile, de profession, d'état et de genre de vie, de la part de l'assuré ne font point cesser

„les effets du contrat d'assurance s'ils n'ont pas le caractère „prévu art. 432 et si l'assureur, après en avoir reçu avis n'a „pas demandé la résiliation du contrat.“

En cas de résiliation, l'assureur doit restituer à l'assuré le tiers des primes.

Les clauses des polices d'assurances sont conçues en des termes plus précis. Les circonstances qui entraînent la résiliation de l'assurance sont généralement énumérées d'une manière limitative.

D'après les polices françaises, l'entrée de l'assuré au service de guerre, son engagement comme marin, les voyages et séjours hors des limites de l'Europe et de l'Algérie, les voyages en mer autres que ceux d'un port à l'autre de l'Europe ou de l'Algérie entraînent la résiliation du contrat de plein droit. La valeur de rachat est payée à l'assuré si plus de trois primes annuelles avaient été acquittées. Les Compagnies consentent cependant à maintenir l'assurance dans les deux derniers cas à condition à débattre et si cela leur est formellement demandé.

Aucune déchéance n'est stipulée pour les cas de changements dans le genre de vie, la condamnation à la détention, les actes frivoles, inconsiderés ou criminels.

Les compagnies allemandes concessionnées en Suisse stipulent la résiliation de l'assurance — l'entrée au service de guerre réservée — en cas de voyages et séjours hors d'Europe et de certaines régions de l'Amérique; la plupart se considèrent aussi comme dégagée si l'assuré a abrégé sa vie en la mettant au jeu d'une manière frivole ou dans des entreprises criminelles (cette clause de déchéance est sans effet après 5 ans d'existence de la police), quelques-unes seulement considèrent la vie déréglée (l'ivrognerie, l'abus de la morphine) comme des motifs de résiliation, ainsi que la condamnation à la détention.

La résiliation étant invoquée, les assureurs restituent au moins la valeur de rachat.

Quant aux règles adoptées par les Compagnies Suisses,

elles varient d'une Compagnie à l'autre et ne peuvent être groupées en un système.

Le projet E⁵ était extrêmement rigoureux contre les assureurs et disposait art. 757 que: „Dans les assurances en cas de mort, les actes et omissions de celui dont la vie est assurée ne peuvent être invoqués par l'assureur pour se libérer de ses obligations, que dans les conditions prévues art. 767 (peine capitale, suicide, duel),“ et ajoutait art. 768 que cette disposition ne pouvait être modifiée au profit de l'assureur ni par les statuts des Compagnies, ni par des conventions particulières.

Si l'on examine les diverses clauses de résiliation, on doit reconnaître que l'entrée de l'assuré au service de guerre doit entraîner, sauf convention contraire exprimée, la résiliation du contrat. Les conditions de l'assurance sont complètement changées. Les décès qui surviennent pendant la durée des hostilités parmi les armées en campagne ne sont pas compris dans les tables de mortalité; ils ne sont entrés en compte, ni dans le calcul de la prime, ni dans le calcul de la réserve mathématique; le risque de guerre ne peut être normalement à la charge de l'assureur. Quelques Compagnies, l'Union de Londres pour les citoyens suisses et la Banque d'assurances de Gotha ont renoncé à cette clause de résiliation, mais la Banque de Gotha est une ancienne entreprise qui a pu affecter un fonds de réserves créées d'ancienne date, au règlement éventuel des sinistres provenant d'une guerre. Cet exemple ne peut être facilement suivi, et le Bureau fédéral des assurances déclare qu'il n'autoriserait les Compagnies concessionnées à comprendre dans leurs contrats le risque de guerre qu'à charge par elles de justifier de contre parties suffisantes (réserves spéciales, ou surprimes). Les Compagnies s'efforcent par divers moyens de procurer aux assurés la possibilité de maintenir l'assurance en temps de guerre; elles ont créé à cet effet des combinaisons variées (assurances mutuelles, réduction du capital assuré, surprimes etc.).

La clause relative aux voyages et séjours se justifie également à condition que la zone dans laquelle la circula-

tion est permise ne soit pas trop limitée. Les taux de mortalité varient notablement d'une contrée à l'autre; aux dangers d'un changement de climat s'ajoutent les risques d'accidents. L'obligation de l'assureur serait par suite beaucoup aggravée. Cette aggravation de charge ne peut lui être imposée unilatéralement par l'assuré.

Quant aux changements de profession ou d'occupation, aux modifications de genre de vie, ils ne doivent pas entraîner la résiliation du contrat. Ce ne sont plus des actes dépendant de la volonté libre de l'assuré; ils sont déterminés par des circonstances diverses contre lesquelles le preneur d'assurance est peut-être dans l'impossibilité de réagir. Ce sont des faits qui se présentent constamment dans la vie et qui doivent être prévus par l'assureur. Des exceptions relatives aux professions présentant le plus de dangers — (marins, mineurs), n'auraient pas d'application en Suisse.

B. Modifications relatives à l'assureur. Beaucoup d'entreprises d'assurances se sont vues dans la nécessité de suspendre leur exploitation et de liquider avec le moins de pertes possible les opérations engagées. Divers moyens ont été employés pour cela: cession de portefeuille, fusion avec d'autres entreprises, réassurance de la totalité du portefeuille. Quelle influence ces faits exercent-ils sur le contrat?

En ce qui concerne la Suisse spécialement, quelle influence exerce sur le contrat le fait que l'assureur renonce à exploiter en Suisse les opérations d'assurances ou voit sa concession révoquée? Il a été soutenu et de nombreux jugements ont décidé que ces divers circonstances modifiaient les conditions primitives du contrat à tel point que le preneur d'assurance était en droit d'en demander la résiliation. Mais cette opinion ne peut s'appuyer solidement sur les principes généraux.

La mise en liquidation d'une entreprise, d'une société par action, d'une association, ne fait pas disparaître sa personnalité juridique, qui subsiste au contraire pendant la liquidation et pour la liquidation. Sans doute l'entreprise présente dès lors une moindre solvabilité; mais le Code fédéral

ne stipule nullement que si la solvabilité de l'une des parties est diminuée par son fait, même par sa faute, l'autre partie aura dans tous les cas le droit de provoquer la résiliation du contrat. D'après l'art. 96, lorsque l'une des parties est déclarée en faillite ou suspend ses paiements, l'autre partie peut se refuser à l'exécution jusqu'à ce qu'une garantie lui ait été fournie pour l'exécution de l'obligation contractée à son profit. La résiliation du contrat ne peut être réclamée que si la garantie n'est pas fournie.

Cette question a été soumise à l'examen du Tribunal fédéral aff. la Métropole c. Grisel arrêt du 26 Août 1890 R. O. XVI p. 366 sq. et résolue contrairement aux prétentions des assurés qui poursuivaient la résiliation du contrat et la restitution des primes payées, en invoquant à cet effet la renonciation de la Métropole à la concession en Suisse, sa mise en liquidation et la réassurance de son portefeuille.

Les droits des assurés contre la faillite de l'assureur devraient être déterminés, — mais des dispositions de ce genre seraient mieux à leur place dans une loi sur l'organisation des entreprises d'assurances et leur liquidation par voie de faillite ou autrement.

Art. 6. Payement de la prime. — Conséquences du défaut de payement.

La prime annuelle est stipulée payable d'avance, à échéance fixe et au domicile de l'assureur ou de ses mandataires. La plupart des entreprises d'assurances accordent pour l'acquiescement de la prime un délai de grâce de trente jours ou d'un mois.

Ce délai écoulé, d'après les polices françaises, l'assureur a le droit de considérer le contrat comme résilié si la prime n'a pas été réglée dans les huit jours à dater de l'envoi d'une lettre recommandée rappelant l'échéance et la clause de résiliation. L'assuré perd alors tout droit au bénéfice de l'assurance. L'assureur lui tient compte cependant dans une certaine mesure des primes payées en opérant une réduction de l'assurance. La réserve des primes ou seulement la valeur

de rachat est considérée comme la prime unique d'une assurance-vie entière en cas de décès.

La plupart des Compagnies Suisses et des Compagnies allemandes ou anglaises concessionnées en Suisse considèrent l'assurance comme résiliée de plein droit après l'expiration du délai de grâce *sans autre avertissement*, mais elles accordent à l'assuré, d'un côté la réduction de l'assurance proportionnellement à la valeur de rachat ou à la réserve, d'autre part la faculté d'obtenir le renouvellement du contrat en payant une surtaxe et en présentant un certificat médical satisfaisant. Les Compagnies américaines ne stipulent en faveur de l'assuré ni délai de grâce, ni avertissement. L'assurance est résiliée ipso jure par le seul fait que la prime n'est pas acquittée à l'échéance. L'assurance est réduite ou la valeur de rachat payée.

Comparées avec les dispositions du Code fédéral des obligations, ces clauses ne contiennent rien d'illicite. En effet:

Aux termes de l'art. 84. 1^o les prestations consistant dans le paiement d'une somme d'argent, doivent être effectuées, sauf convention contraire, au domicile du créancier.

Aux termes de l'art. 123 les parties contractantes peuvent stipuler que les obligations résultant du contrat devront être acquittées dans un délai fixé et non plus tard, et que dans ce cas la partie envers laquelle l'obligation n'est pas acquittée peut se départir du contrat sans autre formalité.

Il ne faut pas perdre de vue que le contrat d'assurance n'est pas envisagé par tous les assureurs de la même manière, et que si les assureurs français le considèrent comme un contrat synallagmatique conclu pour la vie entière de l'assuré, imposant à chacune des parties des obligations positives, astreignant en théorie¹⁾ le preneur au paiement des primes, qui doit être résilié lorsque l'une des parties ne s'acquitte pas de ses obligations, les assureurs anglais considèrent au contraire le contrat comme conclu *pour une année seulement* à partir du paiement de la première prime, mais renouvelable

¹⁾ Les polices françaises stipulent que le paiement des primes autres que la première est facultatif pour l'assuré.

aux mêmes conditions d'année en année, à condition que la prime convenue soit payée dans les délais fixés.¹⁾

L'assureur se trouve alors dans la situation de l'auteur d'une offre de contrat, qui a fixé le délai dans lequel l'acceptation doit lui parvenir ainsi que la manière dont l'acceptation doit être donnée, et qui cesse d'être lié si l'acceptation n'intervient pas dans le délai et dans la forme prescrits (art. 3 C. O.).

Mais on peut douter que les prescriptions générales du Code fédéral suffisent pour régir cette partie du droit des assurances décès. La libération de l'assureur par le seul fait que la prime n'est pas payée à l'échéance convenue ou dans le délai fixé, entraîne pour le preneur d'assurance des conséquences beaucoup plus graves que ne fait en général la résiliation d'un contrat ou le retrait d'une offre. Celui-ci se trouvera peut-être dans l'impossibilité de contracter une nouvelle assurance, soit en raison de son âge et de la prime qu'il devrait payer, soit à cause de l'état de sa santé. Puis ce n'est pas le preneur qui doit recueillir le montant de l'assurance, ce sont souvent des tiers, qui ignorent l'époque de l'échéance des primes et ne peuvent sauvegarder leur intérêt compromis par un oubli du preneur.

Il faut donc imposer à l'assureur l'obligation de prévenir le preneur par écrit de l'échéance de la prime et des conséquences qu'entraînerait le défaut de paiement, s'il veut pouvoir invoquer le défaut de paiement comme cause de libération.²⁾

¹⁾ Il est stipulé dans les polices anglaises: That if the assured shall die within the term of one year, ending on the day of inclusive, or of he or his assigns shall, in the event of his living beyond the said terme of one year, pay at the office of the Company, during his life the lake praemium on or before the day of in every subsequent year, the funds and property of the Compagny shall be liable according to the provisions of his deed of settlement, to pay and satisfy within 3 calender months, after satisfactory proof shall have been receveid at the office of the Company of his death unto his executors, administrators or assigns, the principal sum assured.

²⁾ Le projet E³ disposait art. 756: „Lorsqu'une prime échue après la

Il importe peu dès lors que les primes payées aient été versées au domicile de l'assureur, conformément aux clauses du contrat, ou encaissées par lui au domicile de l'assuré par une modification tacite du contrat.

Art. 7. Attribution de la somme assurée.¹⁾

§ 1. Conflits avec les créanciers.

A. Aucun bénéficiaire n'a été nominativement désigné lors de la conclusion du contrat. Le preneur d'assurance stipulant le paiement d'un capital après son décès peut stipuler soit au profit de sa succession, soit au profit des tierces personnes désignées d'une manière plus ou moins précise.

De là naît une question de fait, d'interprétation de volonté, à laquelle on ne saurait donner de réponse absolue applicable indistinctement à tous les cas. Il incombera au juge dans chaque espèce de décider d'après les éléments de la cause quelle a été l'intention du preneur d'assurance, et cette question se pose notamment lorsque le capital assuré est stipulé payable „aux enfants“, „héritiers“, ou „ayants-droit“, elle a été souvent soumise aux Tribunaux.

En France, la Cour de Cassation a admis que les Tribunaux inférieurs statuaient souverainement en fait sur l'interprétation du mot „enfants“ et qu'ils pouvaient sans violer aucune disposition de loi décider que ce terme désignait d'une manière suffisamment claire les enfants existant à

„conclusion du contrat n'est pas payée sur la demande de l'assureur, „celui-ci a le droit de fixer à l'assuré un délai de 14 jours au moins, passé „lequel le contrat doit être résilié.“

A teneur de cette disposition, l'assureur serait tenu de requérir le paiement de la prime; ce qui se comprend s'il s'agit d'assurance incendie ou autres analogues, mais ce qui n'est plus possible dans les assurances vie où le paiement de la prime, d'après les clauses des polices ou la nature même du contrat, est facultatif pour l'assuré.

Pratiquement on ne saurait imposer à l'assureur l'obligation soit de faire encaisser les primes au domicile des assurés, soit de s'informer à ce domicile si le contrat sera continué ou abandonné.

¹⁾ Cette question a fait l'objet d'un rapport à l'Assemblée des juristes suisses à Aarau en 1885; mais elle n'a été discutée que très sommairement.

l'époque du décès — pour que ceux-ci puissent être considérés comme bénéficiaires nominativement désignés. Arrêt du 5 Juillet 1884. Sirey 1885, I. p. 5. Dieudonné c. consorts Blaise.

Quant aux termes d'héritiers, ayants-droit, ils sont encore considérés comme trop vagues, trop généraux, pour s'appliquer à une personne déterminée; ils désignent les continuateurs de la personne du preneur d'assurance; en conséquence ceux-là seuls auront droit à toucher le montant de l'assurance qui continueront la personne du défunt, c'est-à-dire qui succéderont à ses droits et à ses obligations ou qui du moins se chargeront d'appliquer les valeurs actives de la succession — y compris le montant de l'assurance — à l'extinction des engagements contractés par le défunt. Arrêt du 10 février 1880. Sirey 1880 I p. 152. Laguesse c. Lambert.

Le fait que, dans la proposition d'assurance, le preneur a déclaré qu'il agissait „dans l'intérêt de sa famille ou par intérêt pour sa famille“ est sans influence sur la solution d'une question qui naît de la teneur même du contrat. Les termes, du reste, sont également vagues. Le preneur agit aussi dans l'intérêt de sa famille en augmentant par l'assurance l'actif de sa succession.

L'interprétation contraire a cependant été soutenue par divers auteurs et adoptée par plusieurs tribunaux, qui font ressortir que le preneur d'assurances n'a qu'un intérêt très restreint à contracter une assurance pour en faire entrer le montant dans son patrimoine, — tandis qu'au contraire, il peut avoir, il a un intérêt très grand à procurer à ceux qui sont ses héritiers légitimes une ressource absolument indépendante de son patrimoine, un capital qui leur soit payé directement.

Quoique cette interprétation s'accorde mieux que la précédente avec le but de l'assurance et avec l'intention probable du preneur, il est assez difficile de la baser solidement sur des textes de droit positif, même du droit fédéral, et le faire ainsi prévaloir dans la doctrine.

Lorsque la police ne contient pas de désignation expresse d'un tiers bénéficiaire et que le preneur est censé avoir sti-

pulé pour lui-même, les droits résultant du contrat sont compris dans son patrimoine. Ils peuvent faire l'objet de cessions dont la forme sera réglée soit par les conventions particulières intervenues entre les parties, soit par le Code fédéral des obligations.¹⁾

B. La police désigne un bénéficiaire. Lorsque le preneur d'assurance a désigné nominativement un tiers comme bénéficiaire de la police, un conflit peut s'élever entre ce tiers et les créanciers du preneur. En faveur de qui le conflit doit-il être tranché?

Il faut distinguer deux cas.

1^o Le tiers bénéficiaire se trouve nanti de la police,

2^o La police est restée en mains du preneur.

1^{er} cas. *Le tiers bénéficiaire est nanti de la police.* Le preneur d'assurance a fait une stipulation directe au profit d'autrui; dans les termes mêmes de l'art. 128 C. O. le tiers bénéficiaire de la stipulation l'a acceptée; le fait que le document qui constate la stipulation est entre ses mains, en fournit la preuve manifeste. Dès lors, le promettant est directement lié envers le tiers bénéficiaire; le stipulant perd le seul droit que lui conférait le contrat: le droit de révoquer l'attribution du bénéfice du contrat à la personne primitivement désignée: le tiers bénéficiaire a donc un droit exclusif au montant de l'assurance.

Les droits des créanciers du preneur sont déterminés

¹⁾ Le Tribunal fédéral a été appelé à statuer sur les formes nécessaires pour l'efficacité de la transmission de polices au porteur. Arrêt Amberg 4 juin 1887 R. O. XIII p. 235. Dame Amberg détentrice d'une police au porteur souscrite par son mari prétendait avoir droit au montant de l'assurance soit parce que le titre était au porteur, soit parce que le montant de l'assurance lui avait été attribué à titre de donation entre vifs. Le Tribunal fédéral a décidé que la détermination de la nature du titre créé antérieurement à l'entrée en vigueur du Code fédéral incombait aux tribunaux cantonaux, et que leur décision déniait aux polices d'assurances au porteur le caractère de titres au porteur est sans recours, que la forme de la donation est bien régie par le droit cantonal, mais que la propriété de meubles et de créances n'est transmise à l'égard des tiers que si les prescriptions du Code fédéral art. 184 et 199 ont été respectées.

par les prescriptions de la loi relative à l'action révocatoire, qui a pour but de faire rentrer dans le patrimoine du débiteur les valeurs actives qu'il a aliénées en fraude de ses créanciers.

Pour que le capital assuré soit enlevé au bénéficiaire et versé entre les mains des créanciers du preneur, ceux-ci doivent faire la double preuve,

a) que le capital assuré a fait partie du patrimoine de leur débiteur et qu'il en a été distrait;

b) que l'aliénation de ce capital a été faite par le preneur dans l'intention de leur porter préjudice, et si l'aliénation a été faite à titre onéreux, avec la connivence du tiers bénéficiaire.

Et cette preuve ne peut être faite en aucune façon.

L'analyse des opérations d'assurance établit: en droit, que l'assurance au profit d'un bénéficiaire nominativement désigné est une stipulation directe au profit d'autrui, que l'assureur est immédiatement obligé au paiement du capital assuré envers le tiers bénéficiaire qui tire son droit directement du contrat même et non du preneur d'assurance par la voie de cession de créance; en fait que le capital payé au décès du preneur n'est pas constitué par l'accumulation à intérêts composés des primes versées par le preneur, que ce capital n'a jamais été une dette de l'assureur vis-à-vis du preneur, qu'il n'a point fait partie du patrimoine de celui-ci.

Les créanciers du preneur ne sauraient être admis à réclamer au tiers bénéficiaire ni la restitution d'un capital qui n'est pas compris dans l'actif de leur débiteur, ni l'abandon d'un droit dont le preneur d'assurance n'a jamais été titulaire.

Lors même que l'assurance aurait été contractée dans le but de leur porter préjudice, les créanciers ne seraient pas fondés à réclamer le capital assuré. Ils ne peuvent, en effet scinder l'acte, le considérer comme parfaitement régulier et valable en ce qu'il contient de la part de l'assureur promesse d'un capital déterminé, mais comme frauduleux et annulable

en ce que cette promesse est faite au profit d'une tierce personne; ils doivent l'accepter dans son ensemble ou l'attaquer pour le tout.

Entre le preneur d'assurance et l'assureur, l'assurance est un contrat synallagmatique à titre onéreux, qui ne peut être mis à néant pour cause de fraude qu'autant que l'assureur aurait eu connaissance des intentions frauduleuses du preneur et se serait rendu complice de cette fraude. Dans ce cas, l'extrême des droits des créanciers serait la révocation du contrat et le remboursement des primes payées en fraude de leurs droits. Entre le preneur d'assurance et le bénéficiaire l'assurance a bien généralement le caractère d'une libéralité. La libéralité directe consiste dans le paiement des primes.

La restitution des primes par le bénéficiaire est donc le limite extrême des droits des créanciers. Et encore ne sont-ils pas fondés à prétendre au remboursement de toutes les primes payées depuis la conclusion du contrat.

La loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite, au titre de l'action révocatoire, art. 292, dispose que: „l'action révocatoire se prescrit par cinq ans à partir de l'acte vicieux.“ Ainsi les primes payées par le preneur de ses créanciers sont définitivement aliénées, si elles l'ont été à une date antérieure de plus de cinq ans à la déclaration de faillite ou à l'acte de défaut de biens. Le bénéficiaire sera donc en droit de percevoir le montant de l'assurance sauf à tenir compte aux créanciers des primes qui ont été distraites à leur préjudice de l'actif de leur débiteur.

2° cas. *La police est restée en mains du preneur.*

Il faut distinguer de nouveau deux hypothèses suivant que la faillite ou l'acte de défaut de biens est antérieur au décès ou au contraire postérieur au décès.

A. *La faillite (ou l'acte de défaut de biens) est postérieure au décès.* L'application des règles générales conduit encore ici à reconnaître au bénéficiaire désigné un droit exclusif au capital assuré sauf remboursement des primes qui auraient été payées en fraude des créanciers dans les cinq années qui

précèdent la déclaration de faillite ou l'acte de défaut de biens.

Les créanciers se trouvent en présence d'une stipulation directement faite au profit d'un tiers; il s'agit pour eux de savoir si le bénéfice de cette stipulation doit être considéré comme définitivement acquis à ce tiers par suite du décès du preneur, ou si, bien au contraire, le décès du preneur ne fait pas obstacle à ce que le tiers dénommé prétende au bénéfice de la stipulation, si ce décès n'opère pas ipso facto, la révocation de la stipulation.

L'art. 128 C. O. dispose que lorsqu'une obligation a été stipulée en faveur d'un tiers, le tiers ou ses ayants-droit peuvent en réclamer personnellement l'exécution lorsque telle a été l'intention des parties; il ajoute que si, dans ce cas, le tiers déclare au débiteur vouloir user de son droit, il ne dépend plus du créancier de libérer le débiteur.

L'obligation stipulée consistant dans le payement d'un capital après le décès du stipulant, il est clair que l'exécution de cette obligation ne peut être exigée avant que le décès se soit produit; mais il est clair aussi que l'intention des parties contractantes, preneur d'assurance et assureur, a été que le tiers désigné comme bénéficiaire eût le droit d'exiger l'exécution de l'obligation, aussitôt qu'elle est devenue exigible, c'est-à-dire, après que le décès du preneur d'assurance est survenu.

Le Code fédéral ne fait pas dépendre les droits d'action du bénéficiaire d'une acceptation préalable, mais seulement de l'intention des parties contractantes, et précisément le tiers bénéficiaire d'une assurance peut se prévaloir de cette intention manifeste des parties contractantes.

Pendant sa vie, le preneur d'assurance pouvait changer d'intention, il conservait la faculté de modifier la désignation du bénéficiaire; le droit du tiers originellement désigné est ainsi incertain, révocable durant l'existence du preneur, mais il se consolide et devient définitif par le décès de celui-ci. Dès lors le montant de l'assurance lui est exclusivement acquis; les créanciers du preneur ne peuvent l'en priver.

Ainsi la personne désignée comme bénéficiaire percevra le montant de l'assurance à l'exclusion des créanciers du preneur, et si elle se trouve héritière directe du preneur se mettra à l'abri de toute réclamation à raison des engagements contractés par le défunt, en renonçant à la succession ou en ne l'acceptant que sous bénéfice d'inventaire.

Ce résultat paraît étrange à quelques uns, et cependant il ne contient rien d'illicite.

Le bénéficiaire ne s'enrichit pas au détriment des créanciers; il ne leur enlève pas un capital réuni par les économies de leur débiteur; il profite seulement des primes payées, mais les créanciers ne peuvent penser que les sommes consacrées au paiement des primes se seraient sans cela retrouvées dans l'actif de leur débiteur; il est au contraire presque certain que ces sommes n'auraient été épargnées par le débiteur, s'il n'avait pas été stimulé à l'économie, à l'épargne par l'assurance même.

La raison d'être du contrat d'assurance est précisément de procurer aux héritiers du preneur moyennant un sacrifice annuel peu considérable, une ressource liquide, absolument indépendante du résultat des opérations engagées par le preneur. Si le montant de l'assurance doit toujours être compris dans l'actif du preneur et être réparti avec lui, le contrat d'assurance perd toute utilité. Le législateur doit prendre en considération la situation des enfants peut-être mineurs du preneur d'assurance, celle de sa veuve, et leur attribuer le capital assuré puisque cela se peut sans déroger aux principes généraux du droit et sans léser les intérêts des créanciers, mais en stimulant l'esprit de prévoyance et d'épargne.

En France, même à l'époque où le contrat d'assurance était décomposé en deux opérations, l'une par laquelle le preneur acquérait contre l'assureur une créance à terme incertain, l'autre par laquelle il transmettait cette créance au bénéficiaire désigné par lui, les tribunaux ont constamment décidé que le montant de l'assurance devait être versé au tiers bénéficiaire lors même qu'il n'avait jamais eu la

police en sa possession. Les auteurs ont pu discuter les motifs d'une telle décision, présenter à cet égard des théories variées, mais ils sont tous d'accord que le dispositif de la décision est inattaquable.

Bien plus, la Cour de Cassation, revenant sur sa jurisprudence antérieure qui paraissait définitivement formée, a reconnu expressément à la veuve du preneur tombé en faillite le droit exclusif à l'assurance, droit qui lui avait été contesté par application des art. 564 et 559 Code de Commerce.

L'art. 569 du Code de Commerce dispose que la femme dont le mari était commerçant à l'époque de la célébration du mariage, ou dont le mari, n'ayant pas alors de profession déterminée, sera devenu commerçant dans l'année qui suivra cette célébration, ne pourra exercer dans la faillite aucune action à raison des avantages portés au contrat de mariage.

Cette disposition a été interprétée dans ce sens:

qu'elle devait être appliquée non seulement aux avantages portés au contrat de mariage, mais encore, *a fortiori*, à tous les avantages, à toutes les libéralités faites par le mari pendant la durée du mariage;

que le mot de „avantages“ comprenait même les assurances contractées pendant la durée du mariage par le mari au profit de la femme.

L'art. 559 dispose: „Sous quelque régime qu'ait été formé „le contrat de mariage . . . la présomption légale est que les „biens acquis par la femme du failli appartiennent à son „mari, ont été payés de ses deniers, et doivent être réunis „à la masse de son actif, sauf à la femme à fournir la preuve „du contraire.“

Le 28 février 1888, la Cour de Cassation a rendu l'arrêt suivant:

„La Cour

„Attendu qu'il est constaté en fait par l'arrêt attaqué „que le 15 Juin 1885, Barbier a contracté avec la Compagnie „l'Aigle, une assurance de fr. 10,000 payable à son décès, „au profit non de lui-même ni de sa succession, mais de sa „femme Eugénie Lamy; que Barbier étant décédé le 21 mars

„1886, la dame Barbier s'est présentée pour recueillir le
„bénéfice de l'assurance;

„Attendu que les dispositions des art. 559 et 564 Code
„de Commerce ont pour but de conserver aux créanciers leur
„gage et de faire rentrer dans la masse de la faillite les
„valeurs qui en auraient été distraites à leur détriment;

„Attendu que ces dispositions ne sauraient s'appliquer
„à une assurance sur la vie contractée directement au profit
„de la femme et n'ayant jamais fait partie du patrimoine
„de l'assuré; que l'avantage ainsi créé par l'assuré au profit
„de sa femme n'appartient pas plus aux créanciers de l'as-
„suré qu'à l'assuré lui-même, sauf le droit d'exiger suivant
„les circonstances la restitution des primes payées par l'as-
„suré sur ses fonds personnels;

„Attendu, dès lors, qu'en décidant que le montant de
„l'assurance serait payé à veuve Barbier et non au Syndic
„de la faillite Octave Barbier, l'arrêt attaqué n'a pas violé
„les dispositions invoquées par le pourvoi.

„Rejette le recours formé contre l'arrêt rendu le 2 mars
1887 par la Cour d'appel de Besançon.“

Il est à remarquer que les espèces soumises aux tribu-
naux se sont toujours présentées dans les conditions les plus
favorables aux créanciers, les assurances en litige se trou-
vant ou des assurances à primes viagères, ou des assu-
rances mixtes.

Les assurances à primes temporaires deviennent main-
tenant d'un emploi plus fréquent. Serait-il possible de dé-
cider que le montant d'une assurance au profit même de la
femme de l'assuré, dont toutes les primes temporaires auraient
été acquittées depuis plusieurs années, sera attribué aux
créanciers en cas de faillite du preneur? Serait-il possible
même de critiquer une assurance faite dans ces conditions
et de contester le droit de la veuve comme acquis au détri-
ment des créanciers?

B. Le décès survient après la déclaration de faillite.

Lorsque l'assuré est déclaré en faillite pendant sa vie,

deux questions se posent au sujet de l'assurance dont la police est restée entre ses mains:

Les créanciers ont-ils le droit soit de provoquer la résiliation du contrat pour toucher la valeur de rachat soit de faire vendre les droits résultant du contrat comme toute autre créance?

Après le décès du preneur sont-ils fondés à réclamer le montant de l'assurance?

Ces deux questions doivent recevoir une réponse négative. L'assurance est une stipulation directe au profit d'un tiers, faite sans fraude. Cette stipulation ne peut être révoquée par les créanciers, contre la volonté du preneur. Ce droit de révocation est un droit éminemment personnel. La substitution d'un bénéficiaire à celui qui avait été primitivement désigné est souvent subordonnée au consentement de l'assureur et à des formalités diverses.

Sans doute la police a une valeur de rachat, mais le paiement de la valeur de rachat implique l'abandon de l'assurance. Les créanciers ne sont pas autorisés par un texte de loi quelconque à résilier contre la volonté de leur débiteur des contrats qui n'imposent aucune charge à la masse.

Après la résiliation de l'assurance conclue par lui, le preneur serait peut-être dans l'impossibilité d'en contracter une nouvelle soit à cause de son âge, soit en raison de l'état de sa santé. Le droit de maintenir ou d'abandonner le contrat est ainsi un droit personnel qui ne peut être exercé par les créanciers.

En pratique les créanciers obtiendront le consentement de l'assuré à la résiliation en en faisant la condition de l'octroi d'un concordat.

Théoriquement il n'existe pas de motifs pour créer au profit des créanciers un droit qu'ils n'ont pas dans l'état actuel de la législation.

Il va de soi que si le preneur abandonne le contrat, fait usage de la faculté de rachat, la somme à percevoir peut rentrer dans la masse de la faillite.

Le décès étant survenu, le montant de l'assurance est

acquis au bénéficiaire désigné par les motifs et sous les réserves indiqués dans le cas précédent. C'est encore ce qui a été constamment décidé en France.

Les Codes contiennent des dispositions conçues dans le sens de ces considérations.

Le Code belge porte :

„La somme stipulée payable au décès de l'assuré appartient à la personne désignée dans le contrat, sans préjudice de l'application des règles de droit civil relatives au rapport et à la réduction du chef des versements faits par l'assuré.“

L'art. 453 Code de Commerce italien s'exprime dans des termes à peu près semblables : „En cas de décès ou de faillite de celui qui a contracté une assurance sur sa propre tête, stipulant le paiement d'un capital à une autre personne, les avantages résultant du contrat appartiennent exclusivement à la personne désignée dans le contrat, même si elle est héritière du preneur, sous réserve de l'application aux versements faits par le preneur des règles du Code civil relatives au rapport et à la réduction et à la révocation des actes faits en fraude des droits des créanciers.“

Le projet de Code fédéral de 1877 portait :

Art. 766: „Lorsque l'assurance est faite sur la propre vie de celui qui l'a contractée, sans désigner d'une manière précise la personne qui a droit à recevoir la somme assurée, cette somme doit être payée aux héritiers de l'assuré, soit aux créanciers de celui-ci, à moins que, de son vivant, ce dernier n'ait disposé du droit à l'assurance en faveur d'une personne déterminée.“

776^a: „Lorsque celui qui a contracté une assurance pour le cas de mort, a agi dans le but de faire fraude à ses créanciers, ceux-ci peuvent, après le décès, attaquer le contrat et demander que la somme assurée leur soit attribuée, si celui qui a droit à l'assurance connaissait l'intention de fraude au moment où il a acquis ce droit ou s'il l'a acquis à titre gratuit.

„Toutefois ce dernier peut repousser l'action des créan-

„ciers en leur remboursant les primes payées par l'assuré à
„l'assureur avec intérêts composées.“

§ 2. Les conflits entre les héritiers du preneur d'assurance
et le bénéficiaire de l'assurance.

D'après le dernier état de la jurisprudence en France, le bénéficiaire de l'assurance est considéré comme donataire du montant de l'assurance; il doit par conséquent le rapport à ses cohéritiers et subit la réduction de la libéralité faite en sa faveur, si elle dépasse la quotité disponible.

Dans un arrêt du 8 février 1888, *Tourbez c. Consorts Tourbets*, cassant un arrêt de la Cour de Douai, la Cour de Cassation décide:

„Attendu que le contrat d'assurance dont s'agit contient
„une double stipulation, l'une *principale*, par laquelle il a été
„convenu que la Compagnie payerait au décès de l'assuré la
„somme de fr. 30,000. — moyennant le service d'annuités
„dont la durée était incertaine, l'autre *accessoire*, par laquelle
„il a été convenu que la dite somme serait payée à l'échéance
„aux trois enfants de l'assuré nominativement désignés dans
„l'acte; qu'à défaut de cette dernière stipulation, le montant
„de l'assurance aurait constitué une valeur active de la suc-
„cession de l'assuré et aurait augmenté d'autant le patri-
„moine héréditaire; que si cette créance en a été exclue, c'est
„par la volonté du père de famille qui en a attribué le bé-
„néfice à ses enfants, en restant seul chargé des annuités
„dont la durée était aléatoire.

„Attendu qu'il importe peu que les tiers bénéficiaires
„aient été désignés immédiatement dans le contrat d'assu-
„rance ou à une date ultérieure; qu'il n'en est pas moins
„vrai, dans un cas comme dans l'autre, à quelque époque
„qu'ils aient été saisis du montant de l'assurance, qu'ils ne
„l'ont recueillie que par l'effet de l'attribution que l'assuré
„leur a consentie à *titre purement gratuit*; que la stipulation
„ainsi faite à leur profit, dans les termes mêmes de l'art. 1121
„Code civil, constitue une véritable libéralité, à laquelle sont ap-

„applicables les règles concernant les rapports, soit qu'il s'agisse
 „d'assurer l'égalité des partages entre cohéritiers ou de dé-
 „terminer à l'égard des réservataires, légataires et donataires,
 „le montant de la réserve ou de la portion disponible.“

Cette jurisprudence se justifie, étant données les dispositions du Code civil, relatives soit à la stipulation pour autrui, soit au rapport et à la réduction. Elle repose cependant sur une fiction qui consiste à considérer le preneur comme ayant été créancier du montant de l'assurance, et le capital assuré comme ayant fait partie du patrimoine du preneur. Cela est contraire aux faits.¹⁾

Le bénéficiaire de l'assurance est gratifié seulement du montant des primes payées; les primes seules sont sorties du patrimoine du preneur. — Il est donc inadmissible de comprendre, même fictivement, le montant de l'assurance dans l'actif successoral et de calculer d'après l'actif ainsi composé la quotité disponible et les parts héréditaires.

Les primes elles-mêmes, à moins qu'elles ne soient excessives et que leur taux manifeste la volonté du preneur de procurer un avantage à l'un des cohéritiers au préjudice des autres, ne sont soumises obligatoirement ni à rapport ni à réduction. La situation juridique du bénéficiaire vis-à-vis des héritiers ou de ses cohéritiers doit être la même que s'il avait reçu chaque année du preneur le montant de la prime à titre de don manuel.

Sauf circonstances exceptionnelles, le bénéficiaire doit donc toucher le montant intégral de l'assurance sans être astreint ni à réduction ni à rapport. Il convient que la loi édicte cette règle d'une manière expresse pour mettre fin à des controverses anciennes et sans cesse renaissantes.

Les droits de la femme sur l'assurance contractée à son profit par le mari ont été et sont encore l'objet de vives discussions, du moins si le régime des biens est le régime de

¹⁾ La contradiction apparente entre l'arrêt Tourbez et l'arrêt précédemment cité D^e Barbier c. F^{te} Barbier a été immédiatement signalée; notamment par M. J. Lefort, Les assurances sur la vie en 1888, Paris 1889 (Extrait du Journal d'assurances „l'Opinion“).

la communauté légale ou conventionnelle même réduite aux acquêts. — Sous les autres régimes, la femme se trouve dans la même situation qu'un tiers bénéficiaire quelconque, puisqu'elle a son patrimoine indépendant de celui de l'autre conjoint, que ce patrimoine peut s'accroître pendant la durée du mariage en meubles comme en immeubles et qu'elle en reprendra la libre disposition à la dissolution du mariage. Mais sous le régime de la communauté, tout ce que les époux acquièrent pendant la durée du mariage en fait de meubles tombe dans l'actif de la communauté; les droits résultant pour la femme d'une assurance faite à son profit sont des droits mobiliers qui tombent nécessairement dans la communauté.

De cette valeur qui appartient à la communauté, le mari peut disposer même à titre gratuit aux termes de l'art. 1422 C. civ.; il l'attribue expressément à la femme; de là la conséquence suivante:

Si après le décès du mari la femme renonce à la communauté, elle a droit néanmoins au montant intégral de l'assurance à titre de donataire du mari.

Si, au contraire, la femme accepte la communauté, elle recueille l'assurance moitié à titre de participation à la communauté moitié à titre de donation faite par le mari sur sa propre part de communauté.

Tel est le système qui paraît actuellement prévaloir dans la doctrine. Les autres systèmes conçus dans le but d'attribuer à la femme le montant intégral de l'assurance et d'exclure l'assurance de la communauté, se heurtent à des objections de textes difficiles à surmonter. Mais le droit positif actuel est insuffisant pour régler la question. Les règles relatives au régime des biens entre époux ont été édictées à une époque où l'assurance en cas de décès était inconnue en France; elles s'appliquent mal aux rapports résultant du contrat d'assurance.

Les tribunaux sont liés par les dispositions du droit positif; le législateur a les mains libres, il peut régler les droits de la femme conformément à la nature des choses.

Or le droit au capital assuré naît après le décès de la personne sur la tête de laquelle l'assurance avait été contractée; le capital assuré n'a jamais fait partie du patrimoine du souscripteur de l'assurance; il n'est point entré dans l'actif de la communauté. La femme, même commune en biens, doit recueillir à titre de bénéficiaire le montant intégral de l'assurance, sans avoir à rapporter la moindre part ni à la communauté ni à la succession de son mari.

L'attribution du bénéfice de l'assurance dans les rapports des héritiers entre eux a été réglée par la loi belge et le Code italien, qui ont reconnu le droit exclusif du tiers bénéficiaire sous réserve de l'application des règles relatives au rapport et à la réduction du chef des *primes payées*.

En Angleterre, la loi du 9 Août 1870 attribue exclusivement aux enfants l'assurance contractée à leur profit par leur père, et à la femme l'assurance contractée par le mari à son profit; les primes ne sont restituées aux créanciers qu'en cas de fraude ou de faillite survenant deux ans après la conclusion du contrat. Cette loi a été étendue à l'Ecosse le 26 Avril 1880.

En édictant des dispositions de cette nature, le législateur fédéral empiétera sans doute légèrement sur la domaine de la législation cantonale; il modifiera les conséquences des règles relatives au régime des biens et au partage des successions; mais d'autre part, il a droit d'édicter des prescriptions uniformes sur le contrat d'assurance, il a droit de régler toutes les relations qui peuvent naître du contrat d'assurance, et il est nécessaire que dans toute l'étendue de la Confédération, les questions d'assurances reçoivent la même solution. Ce ne sera, du reste, pas la première fois que les lois fédérales, édictées dans les limites même de la compétence législative fédérale, auront modifié plus ou moins directement les règles réservées au droit cantonal.

Section II.

Assurance sur la tête d'un tiers.

Le preneur d'assurance stipule que l'assureur lui payera un capital déterminé au décès d'une tierce personne nominativement désignée. Le bénéfice de l'assurance est toujours réservé au preneur même qui acquiert ainsi contre l'assureur une créance à terme incertain et jusqu'à un certain point conditionnelle; les droits résultant du contrat d'assurance font partie du patrimoine du preneur et suivent le sort de ce patrimoine. L'assurance sur la tête d'un tiers ne donne pas lieu aux mêmes discussions que l'assurance au profit d'un tiers; mais elle a fait naître des questions spéciales qu'il convient de résoudre.

I. Est-il nécessaire pour la validité du contrat que le preneur d'assurance justifie d'un intérêt à l'existence d'un tiers sur la tête duquel l'assurance est contractée, au moins à l'époque de la conclusion du contrat?

II. Pour la validité de l'opération, le consentement du tiers assuré est-il indispensable?

III. On peut se demander enfin si les déclarations émanant du tiers assuré, qui auraient servi de base à la conclusion du contrat et qui seraient entachées d'erreur ou de fraude, vicent le contrat même à l'égard du preneur de bonne foi?

I. *Intérêt à l'assurance.* — Si le preneur d'assurance n'a aucun intérêt économique ou d'affection à l'existence du tiers sur la tête duquel l'assurance est contractée, le contrat n'a plus de raison d'être autre qu'une spéculation sur le décès prochain du tiers assuré. Le preneur d'assurance attache des conséquences pécuniaires à un évènement qui ne doit l'atteindre sans cela ni dans son patrimoine, ni même dans ses sentiments.

L'opération est rentrée dans la catégorie des contrats comme le jeu et le pari.

Le législateur suisse a disposé art. 512 à 516 C. O. que le jeu et le pari ne peuvent donner lieu à aucune action en justice, mais il n'a pas défini le jeu et le pari; il a laissé

aux tribunaux la plus entière liberté d'appréciation quant aux éléments qui caractérisent le jeu et le pari. Rien ne s'oppose à ce que l'assurance contractée sur la tête d'un tiers sans qu'un intérêt direct quelconque soit lié à l'existence de ce tiers soit considérée et traitée comme une opération de jeu ou de pari et à ce que toute action en justice soit refusée aux parties contractantes.

L'exception de jeu n'est pas soulevée d'office; pour pouvoir être admise elle doit être opposée par l'une des parties. Elle est presque impossible à soulever en matière d'assurances sur la vie. Les Compagnies d'assurances bien organisées n'acceptent pas sans examen toutes les opérations qui leur sont proposées; elles s'informent toujours des motifs qui poussent le preneur à contracter une assurance, et elle rejetteraient toute assurance qui leur apparaîtrait comme une opération de pure spéculation. Lors même que l'assurance aurait été conclue sur une fausse indication du motif de l'assurance, que de la part des preneurs elle ne serait en effet d'une manière évidente qu'une pure spéculation, les assureurs en soulevant l'exception de jeu, risquent de compromettre leur bon renom et de nuire à la prospérité de leur entreprise.

Néanmoins il est bon que le législateur prévoie la possibilité d'assurance de pure spéculation, en détermine les caractères et les effets d'une manière précise, et qu'en conséquence il refuse toute action en justice pour l'exécution de contrats d'assurance reposant sur la tête d'une personne à l'existence de laquelle le preneur n'avait au moment de la conclusion du contrat aucun intérêt direct économique ou d'affection.

En Angleterre, à la suite de spéculations par le moyen d'assurances sur la tête de tiers de personnages revêtus de fonctions officielles, a été édicté le statut 14 Geo. 3 c. 38 dit Gambling act, qui déclare sans valeur toute assurance sur la tête d'un tiers, à l'existence duquel le preneur n'aurait pas un intérêt assurable, et il ne considère pas comme suffisant un simple intérêt d'affection; l'assurance contractée par

le père sur la tête de ses enfants n'est en principe pas admise.

Le Code zuricois § 548 dispose:

„Der Versicherte kann die Versicherung auf sein eigenes Leben oder auf ein fremdes Leben abschliessen, letzteres aber nur, wenn der Versicherte ein Interesse an dem Fortleben der Person hat, auf welche die Versicherung abgestellt wird. Im entgegengesetzten Falle wird das Geschäft als ein Spielvertrag behandelt (O. R. 512 bis 516).“

La loi belge art. 41 stipule: „l'assurance sur la vie d'un tiers est nulle s'il est établi que le contractant n'avait aucun intérêt à l'existence de ce tiers.“

La même disposition se trouve dans le Code italien art. 449.

Quant au projet fédéral de 1877 il portait art. 765:

„L'assurance pour le cas de mort d'un tiers (assurance sur la vie d'autrui) ne peut en général être faite valablement que lorsque celui qui la contracte justifie d'un intérêt appréciable en argent, direct ou indirect, à la conservation de la vie du tiers sur la tête duquel elle est faite.“

„Si le tiers lui-même y consent, l'assurance peut toutefois être d'une somme supérieure à cet intérêt.“

„Si le tiers n'a pas consenti à la somme portée dans l'assurance, celui qui a droit à en demander le paiement ne peut réclamer que l'équivalent de l'intérêt pécuniaire dont il justifie.“

II. *Consentement du tiers assuré.* Théoriquement le consentement du tiers n'est point nécessaire. Le preneur qui a intérêt pécuniaire à l'existence d'une personne déterminée, qui subira un préjudice par suite du décès de cette personne, doit pouvoir se prémunir contre le dommage qu'il prévoit. La conclusion d'une assurance parfaitement légitime ne saurait être subordonnée par la loi au consentement d'un tiers qui pourrait le refuser sans motifs.

La nécessité d'un intérêt à l'existence du tiers fait disparaître toute crainte que le preneur, après avoir conclu l'assurance, n'attente à la vie du tiers assuré.

Au surplus, dans la pratique, l'assurance ne peut être conclue sans l'assentiment du tiers assuré, puisque les assureurs exigent que ce tiers fasse les déclarations requises pour servir de base au contrat, et se soumette ensuite à un examen médical.

Il peut arriver cependant que le tiers assuré, d'accord sur le principe même de l'assurance, conteste ultérieurement le chiffre pour lequel elle a été contractée.

Il se peut que le preneur ayant comme créancier un intérêt pécuniaire déterminé à l'existence du tiers assuré et ayant obtenu le consentement du débiteur à l'assurance, stipule le paiement d'un capital bien supérieur à sa créance.

L'idée de spéculation n'est pas étrangère à un contrat de cette nature, mais elle n'est pas assez prédominante pour que l'assureur puisse en contester la validité et demander la réduction de l'assurance à l'intérêt légitime, c'est-à-dire au montant approximatif de la créance et de ses accessoires.

III. *Les réticences du tiers assuré.* Le preneur est nécessairement responsable des déclarations faites par le tiers assuré qui fait ces déclarations en son lieu et place. Il est obligé de les faire siennes. La situation de l'assureur se trouvera la même que si les erreurs ou la fraude provenaient du preneur lui même.

II^{me} Partie.

L'assurance en cas de vie.

L'assurance en cas de vie peut être conclue par le preneur soit sur sa propre tête soit sur la tête d'un tiers.

Elle a pour but de mettre un capital déterminé à la disposition du preneur lorsqu'il aura atteint un âge fixe, s'il l'atteint ou lorsqu'un tiers sera parvenu à un âge convenu s'il y parvient, et elle repose sur un calcul très simple.

Supposons qu'il s'agisse pour un assureur de s'engager envers une personne âgée de 30 ans de lui payer un capital

de fr. 10000 si elle atteint sa soixantième année, c'est-à-dire au bout de 30 années. Pour calculer la prestation à réclamer du preneur, il faut fixer le taux de l'intérêt (supposé $3\frac{1}{2}\%$) et consulter une table de mortalité (la table de 20 Compagnies anglaises).

La table indique que sur 89865 individus âgés de 30 ans il en survit 58866 au début de la 60^{me} année. L'assureur aurait donc, si tous les individus de 30 ans donnés par la table avaient contracté simultanément une assurance en cas de vie de fr. 10000, à payer 58866 fois fr. 10000 au bout de 30 années.

Pour avoir la prestation à la charge du preneur il suffit de ramener cette somme à sa valeur actuelle et de la diviser par le nombre des têtes de 30 ans. Etant donné que fr. 1 placé à intérêts composés pendant 30 ans devient fr. 2807, on a l'expression suivante:

$$\frac{58866 \times 10000}{2.807} : 89865 = 2337.$$

Il est à remarquer que fr. 2337 placés à intérêts composés pendant 30 ans donneraient seulement un capital de fr. 6559. 95.¹⁾

L'assurance en cas de vie sur la tête du preneur ne donne lieu à aucune des difficultés que fait naître l'assurance en cas de décès.

Aucune contestation ne peut surgir quant au paiement du capital assuré, si l'existence du preneur à la date convenue est matériellement constatée.

L'assureur ne saurait faire un grief au preneur de ses

¹⁾ La détermination du versement à faire par l'assuré peut s'effectuer autrement: 10,000 fr. payables dans 30 ans ont pour valeur actuelle $\frac{10,000}{2807}$. La probabilité pour un individu âgé de 30 ans d'atteindre sa 60^e année est exprimée par le rapport entre le nombre des vivants de 30 ans et le nombre des survivants à 60 ans $\frac{58,866}{89,865}$.

$$\text{Le versement à faire par le preneur est } \frac{10,000}{2807} \times \frac{58,866}{89,865} = 2337.$$

changements de profession, des modifications qu'il apporte à ses habitudes, soit que ces modifications aux conditions primitives du contrat doivent prolonger la vie du preneur ou l'abrégier au contraire.

Les réticences ne pourraient porter que sur l'âge du preneur; elles sont trop aisées à constater et à déjouer pour qu'il vaille la peine de les commettre.

Enfin le preneur a incontestablement contre l'assureur une créance conditionnelle, qui fait partie de son patrimoine et qui doit suivre le sort de ce patrimoine.

Toutes les conséquences du défaut de paiement de la prime annuelle pourraient être régies par les mêmes règles qu'en cas d'assurance décès, mais les assurances en cas de vie sont conclues souvent moyennant une prime unique.

Lorsque l'assurance est contractée sur la tête d'un tiers, les mêmes prescriptions doivent être observées que pour l'assurance en cas de décès. Si l'existence du tiers assuré, à une époque déterminée, n'entraîne aucune obligation quelconque, même morale, pour le preneur, l'opération dégénère en opération de jeu ou de pari. Mais les chances pour le preneur de réaliser un bénéfice par une opération de ce genre ne sont pas assez grandes pour que des paris de cette nature prennent une bien grande extension. Il ne vaut pas la peine de leur refuser expressément toute action en justice.

Thèses.

I.

Le contrat d'assurance sur la vie doit, pour sa validité être rédigé par écrit.

Les polices peuvent être créées à ordre ou au porteur. Leur annulation en cas de perte doit être régie par des règles spéciales.

II.

Le contrat d'assurance en cas de décès oblige l'assureur au paiement du capital assuré quelle que soit la cause du décès.

Il peut être stipulé que les décès par suicide ou duel ne donneront pas lieu au paiement du montant de l'assurance. — L'assureur sera tenu de remettre aux ayants-droit au moins la valeur de rachat.

III.

Le preneur doit faire connaître à l'assureur toutes les circonstances qui peuvent influencer sur la conclusion du contrat.

En cas de déclarations incomplètes, inexactes ou mensongères, et de réticences, l'assureur est en droit de provoquer l'annulation du contrat ou de refuser le paiement du capital assuré.

Il conserve les primes payées, s'il établit que le preneur a agi de mauvaise foi.

L'assureur ne peut plus faire usage de ce droit s'il s'est écoulé plus d'une année depuis qu'il a eu connaissance de la fausse déclaration ou de la réticence ou s'il s'est écoulé plus de dix ans depuis la conclusion du contrat. Cette disposition ne peut être modifiée au détriment du preneur.

IV.

Sauf convention contraire, l'assurance est résiliée de plein droit par l'entrée de l'assuré au service de guerre, à charge par l'assureur de lui tenir compte de la réserve des primes.

Il peut être stipulé que l'assurance sera suspendue ou résiliée si l'assuré s'établit ou entreprend des voyages au delà des limites à déterminer par convention.

V.

Lorsque la prime n'a pas été acquittée au domicile de l'assureur à l'échéance ou dans le délai convenu, l'assureur

peut se départir du contrat, s'il a fixé au preneur par lettre recommandée un délai équitable pour le payement, sous peine de résiliation.

VI.

Le capital assuré appartient exclusivement au bénéficiaire désigné par le preneur.

Le bénéficiaire ne peut être astreint à restituer tout ou partie des primes payées qu'autant que ces primes ont été payées par le preneur au préjudice de ses créanciers et que ceux-ci en demandent la restitution par l'exercice de l'action révocatoire, conformément aux art. 285 et suiv. loi fédérale sur la poursuite pour dettes et la faillite.

VII.

Une assurance sur la tête d'un tiers ne peut être valablement conclue sans que le preneur ait un intérêt direct à l'existence de ce tiers.
