

AVOIRS DORMANTS

L'ASSUREUR RÉVEILLE LE BÉNÉFICIAIRE



assuralia 

INTRODUCTION

➔ AVOIRS DORMANTS

Lorsqu'un contrat d'assurance-vie arrive à terme, il faut, en tant que **bénéficiaire**, prendre contact avec l'entreprise d'assurances de sorte que celle-ci puisse payer le **montant assuré** par le contrat.

Dès que l'entreprise d'assurances est informée de la survenance du montant assuré, le bénéficiaire dispose d'un délai de 4 mois pour réclamer le montant assuré, sinon ce contrat devient dormant.

🔗 LÉGISLATION

Depuis le 7 août 2008, il existe une législation pour les avoirs dormants¹.

Concrètement, cette loi impose au secteur de l'assurance les obligations suivantes²:

- l'entreprise d'assurances est tenue de vérifier si **l'assuré** est toujours en vie lorsqu'une **assurance-vie** prévoyant une couverture décès arrive à terme ou lorsqu'un assuré approche de l'âge de 90 ans ;
- dès qu'une entreprise d'assurances a pris connaissance de la survenance d'un événement assuré (soit le décès ou la vie de l'assuré), elle dispose d'un délai de 12 mois pour vérifier si cet événement donne droit au paiement des montants assurés et pour rechercher le bénéficiaire ;
- si le **bénéficiaire** n'a pas été trouvé durant cette période de 12 mois, l'entreprise d'assurances doit communiquer les données relatives au contrat à **la Caisse des dépôts et consignations** et verser les **montants assurés** à cette même Caisse des dépôts (après déduction des frais et pour autant qu'il n'existe aucun doute quant à l'exigibilité).

Cette loi est applicable aux assurances-vie en faveur de personnes physiques et proposées par des entreprises belges et étrangères. Le deuxième pilier et les assurances de rentes sont cependant exclus de son champ d'application.

Conformément aux dispositions de la loi, le secteur de l'assurance s'est mobilisé pour aider le bénéficiaire à obtenir ses montants assurés.

1. Il s'agit de la « Loi du 24 juillet 2008 portant des dispositions diverses ». Cette loi a été modifiée à plusieurs reprises depuis 2008.

2. Pour les contrats dont le montant assuré est inférieur à 60 euros, les procédures de contrôle ne doivent pas être suivies, mais les montants assurés seront cependant transférés à la Caisse des dépôts.

PROCÉDURES DE CONTRÔLE

VÉRIFICATION DE LA SURVIE DE L'ASSURÉ

Dans le cas d'une **assurance-vie** avec terme, l'entreprise d'assurances vérifie, dans les six mois qui suivent le terme du contrat, si l'assuré est décédé ou non pendant la durée du contrat³.

Pour les assurances-vie sans terme prévoyant un capital en cas de décès⁴, l'entreprise d'assurances vérifiera si l'assuré est toujours en vie avant que celui-ci n'atteigne l'âge de 90 ans. Si l'assuré est toujours en vie au moment de la vérification, l'entreprise d'assurances procédera à une nouvelle vérification dans les 5 ans.

La vérification peut se faire de différentes manières. Soit il y a un contact personnel avec l'assuré⁵, soit l'entreprise d'assurances consulte la banque de données du **Registre national** ou de la **Banque-carrefour**. Cette consultation se fait par le biais d'une asbl qui a été créée spécialement à cet effet et qui respecte des conditions strictes pour la protection de la vie privée.

3. Cette vérification ne doit pas être effectuée pour les assurances-vie adjointes à un prêt, pour les assurances-vie prévoyant un montant uniquement en cas de vie à un terme déterminé et pour les contrats prévoyant un montant uniquement en cas de décès, mais arrivés déjà à terme avant la date d'entrée en vigueur de la législation (c'est-à-dire avant le 7 août 2008).

4. C'est-à-dire les assurances-décès pures ou les assurances-vie mixtes.

5. Ce contact personnel peut prendre différentes formes. Ainsi, une lettre, un entretien téléphonique ou une visite chez le courtier de l'assuré peut suffire, même si ces contacts n'ont pas lieu dans le cadre du contrat d'assurance-vie en question.

Si, même après la consultation du [Registre national](#) ou de la [Banque-carrefour](#), il n'est pas possible de déterminer si l'assuré est toujours en vie, les conséquences peuvent être les suivantes :

- Dans le cas [des assurances-vie mixtes](#) avec terme, l'entreprise d'assurances sait avec certitude qu'un des deux événements assurés est survenu (la survie de l'assuré au terme du contrat ou son décès avant le terme du contrat). Toutefois, l'entreprise d'assurances ne peut pas établir avec certitude lequel des deux événements s'est effectivement réalisé. Par conséquent, l'entreprise d'assurances ne peut pas déterminer si l'événement est couvert, quel [montant assuré](#) doit être payé et qui est le bénéficiaire (la situation étant différente selon que l'assuré est en vie ou décédé). Dans ce cas, l'entreprise d'assurances ne transférera pas le contrat d'assurance à la [Caisse des dépôts](#), mais continuera à le gérer elle-même.
- Dans le cas des [assurances-vie](#) prévoyant le paiement d'un montant en cas de décès et pour lesquelles [l'assuré](#) approche de l'âge de 90 ans ou a dépassé cet âge, l'entreprise d'assurances tentera à nouveau de vérifier, dans les 5 ans suivant la première vérification, si l'assuré est toujours en vie.

VÉRIFIER SI L'ÉVÉNEMENT EST ASSURÉ

Une fois que l'entreprise d'assurances a déterminé si l'**assuré** est toujours en vie ou décédé, elle vérifie si cet événement est couvert (et donne droit au **montant assuré**).

En cas de décès de l'assuré, l'entreprise d'assurances tentera de recueillir des informations sur les circonstances de ce décès afin de voir si celles-ci ne constituent pas une exclusion contractuelle (par exemple, un décès par suicide survenant au cours de la première année du contrat).

Pour déterminer si la survie est couverte, aucune disposition particulière n'est prévue puisqu'aucune exclusion n'est, en principe, d'application. L'entreprise d'assurances pourra donc vérifier très facilement si elle doit payer le montant assuré.

RECHERCHE DU BÉNÉFICIAIRE

Après avoir effectué toutes les démarches précédentes, l'entreprise d'assurances tentera de rechercher l'(les) ayant(s) droit ou le(les) **bénéficiaire(s)**.

Elle envoie en général d'abord une lettre à la dernière adresse connue du bénéficiaire. En l'absence de réaction, elle pourra consulter les banques de données du Registre national et de la **Banque-carrefour**. Tout comme pour la vérification de la survie de l'assuré, cette consultation est effectuée par le biais de l'asbl créée à cet effet et dans le respect de conditions très strictes pour la protection de la vie privée.

Sur la base des renseignements contenus dans les banques de données, l'entreprise d'assurances envoie une lettre recommandée avec accusé de réception. Si celle-ci ne conduit à aucun résultat positif, il ne reste plus beaucoup d'autres possibilités à l'entreprise d'assurances pour retrouver le bénéficiaire. Elle pourra tenter de rechercher le bénéficiaire en utilisant des procédures alternatives, mais, dans beaucoup de cas, l'entreprise d'assurances ne pourra faire autrement que de cesser ses tentatives.

L'entreprise d'assurances s'engage toutefois à ne cesser ses tentatives de recherche du bénéficiaire qu'après avoir, au moins, consulté la banque de données du **Registre national** et/ou de la **Banque-carrefour**. L'entreprise d'assurances peut consulter ces banques de données dès qu'elle est informée de la survenance de l'événement assuré.

ACCÈS AU REGISTRE NATIONAL ET À LA BANQUE-CARREFOUR

Le [Registre national](#) et la [Banque-carrefour](#) disposent d'une banque de données qui enregistre et communique des informations pour l'identification de personnes physiques.

Les entreprises d'assurances ne disposent pas d'un accès direct à ces banques de données, mais elles peuvent les consulter par le biais de l'asbl « Identifin » qui a été créée spécialement à cette fin par [Assuralia](#) et [Febelfin](#).

Afin de garantir le droit au respect de la vie privée de chacun, cette asbl n'a accès qu'à certaines données définies par la loi du Registre national et de la Banque-carrefour, et ce uniquement sur la base d'une requête motivée.

FRAIS DE VÉRIFICATIONS ET DE RECHERCHES

L'entreprise d'assurances peut porter en compte les frais suivants :

- les frais de vérification visant à déterminer si l'assuré est toujours en vie ;
- les frais de vérification visant à déterminer si l'évènement est assuré ;
- les frais de recherche du bénéficiaire.

En tant que consommateur, il n'y a pas lieu toutefois de se faire de soucis puisqu'on a en effet veillé à ce que ces frais soient limités. Les frais que l'entreprise d'assurances peut porter en compte ne peuvent excéder 5 % du montant assuré⁶ avec un maximum absolu de 200 euros.

Les frais seront portés en compte au plus tard au moment du transfert du montant assuré à la Caisse des dépôts ou du paiement au bénéficiaire.

6. Il s'agit du montant assuré, y compris la participation bénéficiaire et les taxes.

TRANSFER À LA CAISSE DES DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS

Afin de garantir que le **montant assuré** reste disponible même après que les recherches n'ont pas abouti et puisse être retrouvé facilement par d'éventuels bénéficiaires (sans que ceux-ci, par exemple, disposent de la dénomination de l'entreprise d'assurances), l'entreprise d'assurances transférera le montant assuré et les données relatives au contrat d'assurance à la **Caisse des dépôts** qui joue un rôle de gestion centrale⁷.

L'entreprise d'assurances effectuera le transfert au plus tard 12 mois après avoir pris connaissance de la survenance de l'événement assuré pour autant qu'elle n'ait pas réussi à retrouver le bénéficiaire du contrat pendant cette période. En outre, il ne doit y avoir aucun doute quant à l'exigibilité du montant assuré.

Si l'entreprise d'assurances n'a pas pu établir si, pour une assurance-vie mixte, l'assuré est décédé ou toujours en vie, elle ne pourra pas déterminer le montant assuré qu'elle devrait payer. C'est pourquoi elle ne transférera pas dans ce cas le contrat d'assurance à la Caisse des dépôts, mais continuera à le gérer elle-même.

De même, lorsqu'il existe un doute quant à la question de savoir si l'événement (la survie ou le décès de l'assuré) est couvert, l'entreprise d'assurances continuera à gérer elle-même le contrat.

7. Les données relatives au contrat d'assurance-vie à transférer sont fixées par un arrêté royal.

Même si l'ayant droit ne peut pas être retrouvé tout de suite, le montant assuré reste disponible pendant une longue période. En effet, après le transfert du montant assuré à la Caisse des dépôts par l'entreprise d'assurances, le bénéficiaire peut s'adresser à la Caisse des dépôts pendant les 30 ans qui suivent le transfert pour retirer le montant assuré.⁸

A cette fin, la Caisse des dépôts met à disposition un registre en ligne qu'il est possible de consulter à certaines conditions et moyennant le respect de la réglementation pour la protection de la vie privée afin de vérifier si la Caisse des dépôts dispose d'un **avoir dormant** auquel on peut prétendre.

8. Après 30 ans, ce montant passe entre les mains de l'Etat.

CONCLUSIONS

Différentes démarches sont entreprises pour rechercher les ayants droit de **contrats d'assurance dormants** et pour pouvoir payer les montants assurés. Si les entreprises d'assurances doivent payer un montant assuré, elles mettent tout en œuvre pour assurer un bon déroulement de toutes les procédures et un paiement rapide aux ayants droit. Même si l'ayant droit ne peut pas être retrouvé tout de suite, cet argent reste disponible pendant une longue période auprès de la **Caisse des dépôts**. Toute personne peut s'adresser à la Caisse des dépôts pour obtenir des informations sur les **montants assurés** qui la concernent et qui y sont éventuellement disponibles.

Malgré tous les efforts fournis par le secteur pour rechercher les ayants droit, il est conseillé au consommateur de conserver tous les documents des contrats d'assurance qu'il souscrit au cours de sa vie. Cela reste la meilleure des garanties pour faire valoir ses droits sur les **montants assurés**.

LEXIQUE

Assuralia : La fédération professionnelle faïtière du secteur belge de l'assurance.

Assurances de rentes : L'assurance de rentes diffère de l'assurance de capitaux dans la mesure où elle prévoit le versement à intervalles réguliers d'un montant déterminé à l'avance plutôt que le paiement d'un capital unique donné.

Assurances-vie mixtes : Assurances-vie prévoyant le paiement d'un montant assuré tant en cas de décès avant une date déterminée qu'en cas de vie à une date déterminée.

Assuré : Personne sur la tête de qui l'assurance est conclue.

Avoirs dormants (contrats dormants) : Un contrat d'assurance devient dormant s'il n'a pas fait l'objet de la part du bénéficiaire d'une intervention dans les 4 mois de la prise de connaissance de la survenance du risque par l'entreprise d'assurances.

Banque-carrefour : Un organisme public qui, sous la forme d'une banque de données informatisée, assure la coordination et la communication de données au sein du secteur social. La Banque-carrefour gère une banque de données servant de complément au Registre national et reprenant principalement des données sur toute personne n'ayant pas ou plus leur résidence en Belgique.

Bénéficiaire : Personne désignée dans un contrat d'assurance-vie comme ayant droit à recevoir le montant assuré. Il peut s'agir du preneur d'assurance, mais également d'un tiers désigné par le preneur d'assurance.

Caisse des dépôts et consignations (en abrégé Caisse des dépôts) : Un service faisant partie de l'Administration de la Trésorerie du Service public fédéral Finances qui gère les avoirs dormants et les restituera aux ayants droits à certaines conditions.

Contrat d'assurance-vie : Une assurance de personnes à caractère forfaitaire dans laquelle la survenance de l'événement assuré ne dépend que de la durée de la vie humaine.

Deuxième pilier : Les pensions extralégales constituées à l'initiative de l'employeur ou de la commission paritaire dont on relève, ou les pensions extralégales constituées à la suite de l'activité professionnelle que l'on exerce (par exemple, assurances de groupe, assurances dirigeant d'entreprise, engagements individuels de pension, contrats INAMI, pension complémentaire libre des indépendants, ...).

Febelfin : La fédération professionnelle faîtière du secteur belge des banques.

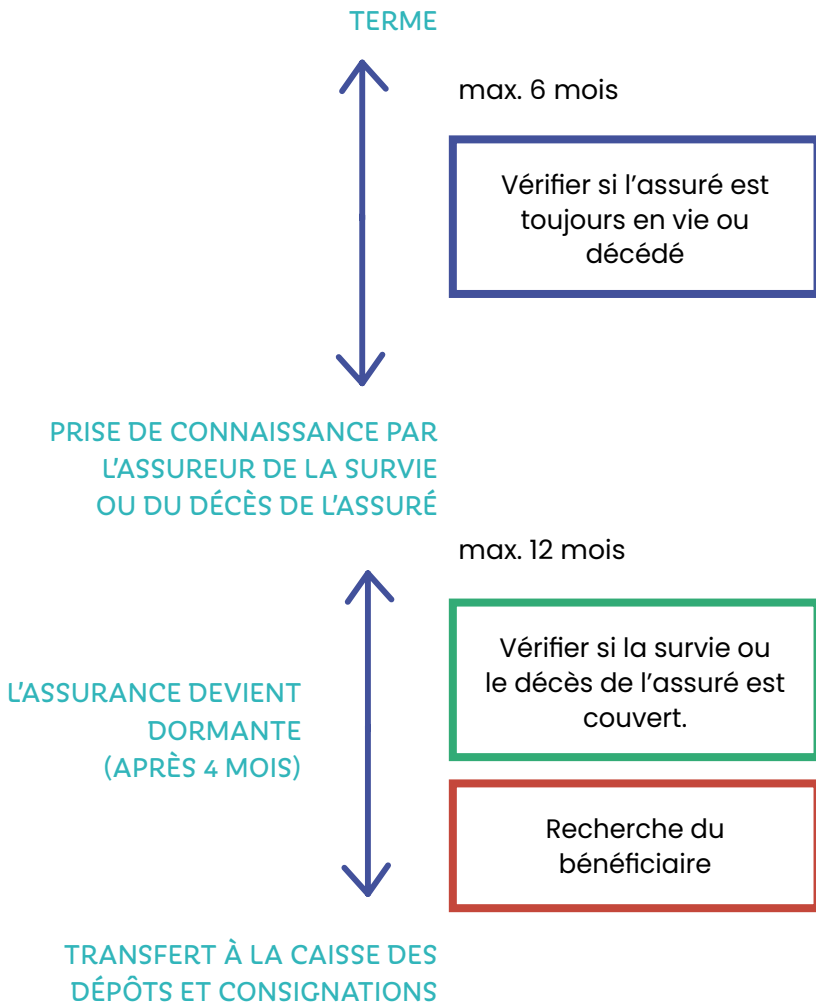
Montant assuré (prestation assurée) : La prestation payable par l'entreprise d'assurances en cas de survenance du risque assuré.

Registre national : Une banque de données qui tient à jour les données de toute personne physique inscrite dans les registres de population communaux ainsi que dans les registres pour les Belges vivant à l'étranger qui se sont fait enregistrer auprès d'un poste diplomatique ou consulaire.

CALENDRIER

« Le calendrier ci-dessous présente d'une manière schématique – pour quelques scénarios – les différentes démarches entreprises par un assureur et les délais à respecter par démarche. Un ou plusieurs scénarios peut (peuvent) être pertinent(s) en fonction du type d'assurance-vie. »

L'assureur constate que le terme est atteint.



CALENDRIER

L'assureur est informé spontanément du décès de l'assuré.

PRISE DE CONNAISSANCE PAR
L'ASSUREUR DU DÉCÈS DE L'ASSURÉ

max. 12 mois

L'ASSURANCE DEVIENT
DORMANTE
(APRÈS 4 MOIS)



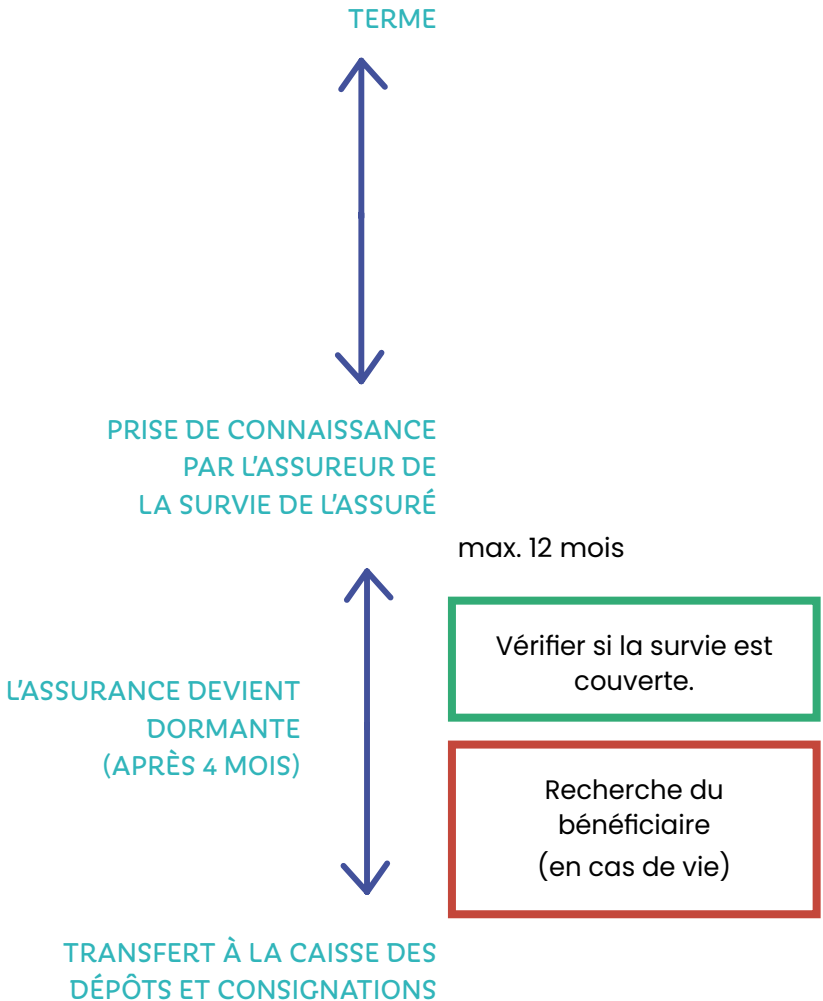
Vérifier si le décès de
l'assuré est couvert.

Recherche du
bénéficiaire
(en cas de décès)

TRANSFERT À LA CAISSE DES
DÉPÔTS ET CONSIGNATIONS

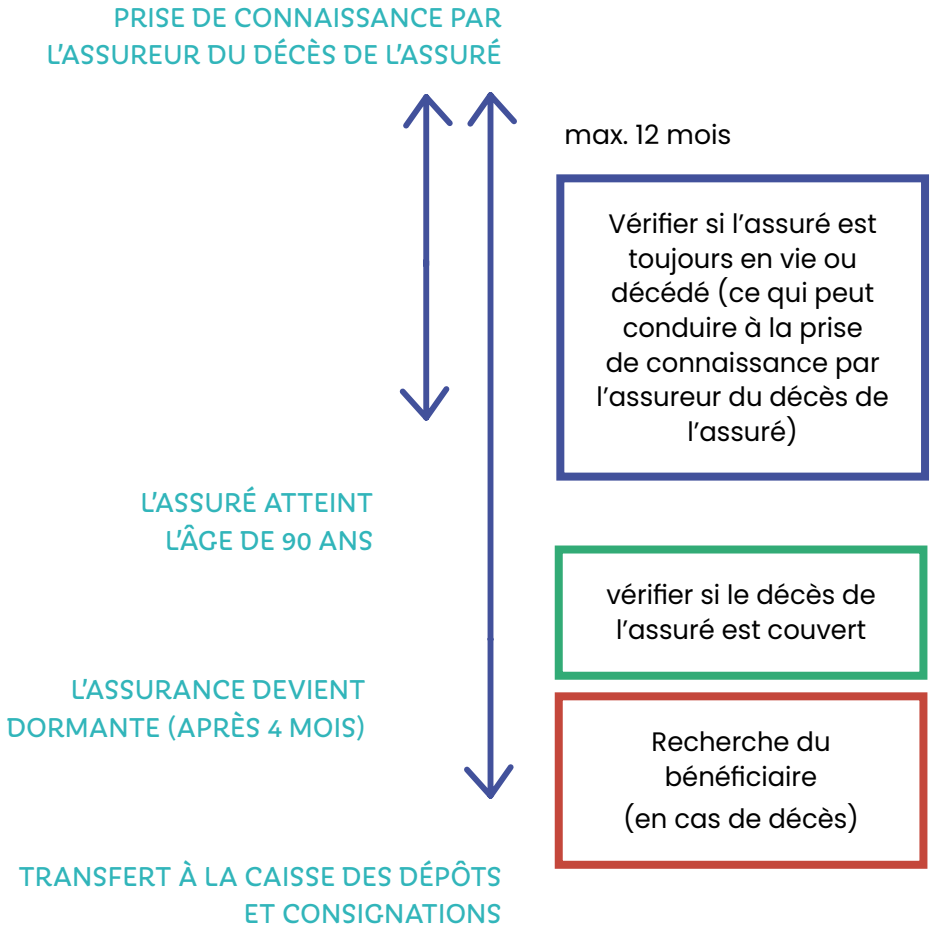
CALENDRIER

L'assureur est informé spontanément que l'assuré est toujours en vie au terme.



CALENDRIER

L'assureur constate que l'assuré approche de l'âge de 90 ans.



A QUI PUIS-JE M'ADRESSER ?

DES QUESTIONS ?

Une brochure ne peut aborder en quelques pages toutes les questions relatives à des avoirs dormants. Votre contrat d'assurance vous renseigne sur l'ensemble de vos droits et obligations.

Vous trouverez de plus amples renseignements en surfant sur le site www.assuralia.be.

Si vous recourez aux services d'un intermédiaire d'assurances, vous pouvez évidemment vous adresser à lui.

ASSURALIA

Boulevard du Roi Albert II 19
1210 Bruxelles



Autres questions? Veuillez nous contacter à info@assuralia.be.