

# LE PRÉJUDICE ÉCONOMIQUE DU TRAVAILLEUR INDÉPENDANT DANS TOUS SES ÉTATS

Sous la coordination de  
Jonathan Darchambeau  
et Jean-Luc Fagnart

Quentin Alaluf  
Frédéric Carpentier  
Emanuele Ceci  
Aline Charlier  
Anouk Gille  
Gérard Kuyper  
Catherine Mélotte  
Sébastien Michez

Collection de la Conférence  
du Jeune Barreau de Bruxelles

Conférence  
du jeune  
barreau



**LORCIER**



## 5. L'ASSURANCE REVENU GARANTI DU TRAVAILLEUR INDÉPENDANT : ENTRE OMBRE ET LUMIÈRE<sup>1</sup>

Aline Charlier<sup>2</sup>

Avocate aux barreaux de Liège-Huy et de Verviers  
Assistante à l'UCLouvain et à Saint-Louis Bruxelles  
Juge suppléante au tribunal de police de Liège  
Maître-assistante à la Haute École Libre Mosane (HELMo)

avec la collaboration de

Lorène Ceulemans

Juriste

|                                                                                         |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Introduction                                                                            | 162 |
| SECTION 1. La définition et les contours de l'assurance revenu garanti                  | 162 |
| SECTION 2. La question de la déclaration du risque et ses corollaires                   | 180 |
| SECTION 3. Le cumul de l'assurance revenu garanti avec d'autres catégories d'assurances | 196 |
| SECTION 4. Le recours subrogatoire de l'assureur revenu garanti                         | 199 |
| SECTION 5. La question du régime fiscal                                                 | 202 |
| Conclusion                                                                              | 210 |

1. Le texte de la présente contribution a été arrêté au 18 août 2022. Outre les coordinateurs du présent colloque qui sont bien évidemment remerciés par l'auteure pour leurs relectures, l'auteure tient également à remercier chaleureusement Monsieur Claude DEVOET pour sa relecture attentive, ses corrections pertinentes et ses commentaires bienvenus.

2. L'auteure peut être contactée aux adresses mails suivantes : a.charlier@dvclex.be, al.charlier@helmo.be et aline.charlier@saintlouis.be.

## Introduction

Les règles de l'assurance revenu garanti ne sont pas simples à appréhender car il s'agit d'une matière peu connue, peu pratiquée et peu contentieuse (heureusement pour ce dernier point, dirons-nous). La complexité de la matière se reflète quelque peu dans le titre de la présente contribution<sup>3</sup>.

Ce constat étant posé et dès lors que le présent texte n'a malheureusement pas vocation à l'exhaustivité, un choix a été opéré quant aux points abordés étant entendu que le but recherché par l'auteure est de rendre la matière accessible aux praticiens de la réparation du dommage corporel qui ne sont généralement que peu confrontés à ce type de couverture. Cette garantie ne sera envisagée que du point de vue du travailleur indépendant eu égard au thème principal du colloque, exerçant soit en personne physique, soit sous la forme d'une société.

Dans une première section, l'assurance revenu garanti du travailleur indépendant sera définie et décrite d'une manière qui se veut pragmatique. Dans une deuxième section, un focus sera opéré sur la déclaration du risque et sur ses corollaires, en approfondissant le volet des omissions et inexactitudes intentionnelles et non intentionnelles. Une troisième section envisagera le cumul de l'indemnisation en assurance revenu garanti avec d'autres couvertures. Une quatrième section abordera l'intervention de la mutuelle et la question du recours subrogatoire. Enfin, le régime fiscal, en ce compris la question des réserves, sera brièvement décrit dans une cinquième section.

### Section 1. La définition et les contours de l'assurance revenu garanti

#### §1. La définition de l'assurance revenu garanti

**La définition.** L'assurance revenu garanti fait partie de la catégorie des assurances maladie et a pour objet l'intervention d'un assureur en cas de survenance d'une maladie ou d'un accident subi par la personne

3. Outre les ouvrages de référence, comme le manuel de C. DEVOET, à savoir *Les assurances de personnes* (2<sup>e</sup> éd., Limal, Anthemis, 2011) et celui de J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux* (2<sup>e</sup> éd., Bruxelles, Larcier, 2016), l'auteure renvoie également à l'excellent ouvrage de J.-C. ANDRÉ-DUMONT, *L'assurance maladie privée*, Limal, Anthemis, 2012.

assurée<sup>4-5</sup>. « L'assurance intervient en cas d'incapacité de travail, se traduisant par la diminution ou la perte de revenus professionnels à la suite d'un accident ou d'une maladie. La prestation d'assurance consiste pour l'essentiel dans le paiement d'une rente d'incapacité de travail, proportionnelle au taux de cette incapacité s'il est compris entre 25 et 66 % »<sup>6</sup>.

Notez toutefois qu'il est possible d'exclure de la couverture des incapacités liées à la survenance d'un accident<sup>7</sup>.

Dans ses différentes facettes, l'assurance revenu garanti est définie à l'article 1<sup>er</sup> du Code de bonne conduite édité par Assuralia<sup>8</sup>, cette définition faisant écho, fort logiquement, à l'article 201, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances<sup>9</sup> :

« 1<sup>o</sup> Assurance revenu garanti ou assurance incapacité de travail : l'assurance qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne.

2<sup>o</sup> Assurance revenu garanti liée à l'activité professionnelle : le contrat d'assurance revenu garanti conclu par un ou plusieurs preneurs d'assurance au profit d'une ou plusieurs personnes liées professionnellement au(x) preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation.

3<sup>o</sup> Assurance revenu garanti non liée à l'activité professionnelle : une assurance revenu garanti qui n'est pas une assurance liée à l'activité professionnelle »<sup>10</sup>.

**L'assurance en lien avec l'activité professionnelle et celle qui ne l'est pas.** Au travers des différentes catégories précitées, il faut encore pouvoir

4. Les notions de maladie ou d'accident sont souvent définies dans la police. On peut dire que « l'accident est un événement soudain et fortuit, entraînant une lésion corporelle, et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de l'assuré ». « La maladie est souvent définie comme l'altération de la santé ou l'état pathologique dont la cause est interne à l'organisme de l'assuré et qui se manifeste d'une manière objective par des symptômes qui rendent le diagnostic indiscutable ». A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », in P. BECUE *et al.*, *Les entreprises et leurs assurances*, Bruxelles, Kluwer, 2006, p. 158.

5. Art. 201, loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014.

6. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », in S. GILSON et A.-C. SQUIFFLET (dir.), *La souffrance au travail*, Limal, Anthemis, 2019, p. 198, n° 17.

7. *Ibid.*, p. 198, n° 16.

8. Assurances revenu garanti : droit à l'oubli pour les personnes guéries d'un cancer, Code de bonne conduite, approuvé par le conseil d'administration d'Assuralia du 8 février 2021, disponible sur <https://www.assuralia.be/fr/32-infos-secteur/regles-de-conduite/1006-code-de-bonne-conduite-relatif-aux-assurances-revenu-garanti-droit-a-l-oubli-pour-les-personnes-gueries-d-un-cancer>, consulté le 30 juin 2022.

9. L'article 8 précise : « l'assurance incapacité de travail qui, en cas de maladie ou en cas de maladie et d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail d'une personne », *op. cit.*

10. Sur le 3<sup>e</sup> point, on peut dire que Lapalice en aurait dit tout autant...

distinguer entre une garantie d'assurance en lien avec l'activité professionnelle et celle qui ne l'est pas. Selon la Cour de cassation, le lien professionnel s'entend comme toute relation entre le preneur d'assurance et l'assuré principal qui permet à ce dernier de générer des revenus professionnels ou en facilite l'obtention<sup>11</sup>.

Le contrat lié à l'activité professionnelle est celui concerné par la relation « employeur – employé », « entreprise – indépendant<sup>12</sup> » ou encore « entreprise – dirigeant unique », ce qui induit une relation de travail « à plusieurs »<sup>13</sup>. Si une relation à plusieurs n'est pas présente, le contrat doit être considéré comme n'étant pas en lien avec l'activité professionnelle.

Même si la logique amène à penser que, quelle que soit sa forme, l'assurance revenu garanti est, par sa nature première, en lien avec l'activité professionnelle, la définition figurant ci-dessus induit le contraire. En effet, le contrat d'assurance revenu garanti souscrit en personne physique par un travailleur indépendant n'est pas considéré comme un contrat d'assurance en lien avec l'activité professionnelle. Étrange et pourtant, la raison en est que ce contrat n'a pas été conclu par un preneur au profit d'une ou plusieurs personnes liées professionnellement au(x) preneur(s) d'assurance au moment de l'affiliation bien que ce contrat soit en lien, au sens commun du terme, avec l'activité professionnelle de l'indépendant<sup>14</sup>. Dans l'hypothèse où une société conclut un contrat d'assurance revenu garanti sur la tête de son dirigeant, le contrat serait en lien avec l'activité professionnelle exercée<sup>15</sup>.

11. *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2008-2009, n° 52-1662/001, p. 6 ; Cass., 24 novembre 2016, *Bull. Ass.*, 2018, p. 223.

12. Celle-ci concerne le dirigeant d'entreprise.

13. J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Les "assurances maladie" pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *R.G.A.R.*, 2010, n° 14628.

14. C. PARIS, *Manuel de droit des assurances*, Bruxelles, Larcier, 2021, p. 518.

15. L'intérêt de la distinction réside dans le fait que l'assuré, dans l'hypothèse d'un contrat en lien avec l'activité professionnelle, a un droit de poursuite du contrat à titre individuel, en tout ou en partie, lorsqu'il perd le bénéfice de l'assurance, sans devoir subir un examen médical supplémentaire et sans devoir remplir un nouveau questionnaire médical. Aucun nouveau délai d'attente ne pourra être imposé après la reprise à titre individuel. La garantie ne peut pas être limitée et aucune prime supplémentaire ne peut être imposée si l'état de santé de l'assuré a été évalué au cours du contrat. On pointera aussi le fait que les règles propres à l'assurance non liée à l'activité professionnelle sont ici écartées, comme celle qui prévoit que le contrat expire au plus tard à l'âge de 65 ans. Voy. les art. 208 et 210, loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *op. cit.* ; J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Le devoir spécifique d'information dans le cadre des contrats d'assurance maladie », *Bull. Ass.*, 2010, n° 16, p. 203.

## §2. Les particularités et caractéristiques de l'assurance revenu garanti

### I. Les 50 nuances de l'assurance revenu garanti

**Un contrat à durée limitée.** Conformément à l'article 203 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, et contrairement à d'autres types de contrats d'assurance maladie, le contrat d'assurance revenu garanti n'est pas un contrat que l'on conclut à vie. Sa durée s'étend jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire de la personne assurée<sup>16</sup>. On notera que cette obsolescence prédéterminée ne fait bien évidemment pas obstacle à une résiliation anticipée<sup>17</sup>.

**Un contrat (presque) immuable.** Tenant compte de l'article 204 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances<sup>18</sup>, les conditions contractuelles sont

16. Art. 203 : « § 1<sup>er</sup>. Sans préjudice de l'application des articles 59, 60, 65, 69, 70, 71, 72 et 81 et hormis le cas de fraude, les contrats d'assurance maladie visés à l'article 201, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> sont conclus à vie. Les contrats d'assurance maladie visés à l'article 201, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, valent jusqu'à l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle.

§ 2. Sans préjudice de l'application de l'article 85, § 3, les contrats peuvent être conclus pour une durée limitée à la demande expresse de l'assuré principal et s'il y va de son intérêt.

§ 3. Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contrats d'assurance maladie offerts à titre accessoire par rapport au risque principal, dont la durée n'est pas à vie ».

17. J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Les "assurances maladie" pratiquées par les assureurs privés en Belgique », *op. cit.*, n° 14628.

18. Art. 204 : « § 1<sup>er</sup>. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal, ainsi que dans les cas visés aux paragraphes 2, 3 et 4, l'assureur ne peut plus apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie ait été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture, moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1<sup>er</sup>, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt des assurés.

Nonobstant l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'assureur peut, dans l'intérêt des assurés et moyennant l'accord du preneur d'assurance, modifier le contrat d'assurance maladie, en raison de l'application de nouvelle réglementation.

§ 2. La prime, la franchise et/ou la prestation peuvent être adaptées à la date de l'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation.

§ 3. La prime, la franchise et/ou la prestation peuvent être adaptées, à la date de l'échéance annuelle de la prime et sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

[...]

§ 4. L'application du présent article ne porte pas préjudice à l'article 41 de la présente loi, ni à l'article 504 de la loi du 13 mars 2016.

§ 5. La prime, la période de carence et les conditions de couverture peuvent être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle :

1. aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou

en principe immuables dans le chef de l'assureur. Il existe cependant diverses exceptions à cette règle permettant de modifier le contrat moyennant des conditions strictes<sup>19</sup>.

Ainsi, des modifications contractuelles sont admises en cas de changements qui peuvent avoir un impact sur la modification de la prime, sur la période de carence ou sur les conditions de couverture pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties<sup>20</sup>. On pense, par exemple, à des modifications intervenues dans la profession de l'assuré (changement d'activité professionnelle vers une fonction « plus à risques »), ou dans ses revenus, ou encore si l'assuré change de statut dans le système de sécurité sociale<sup>21</sup>.

**Les modifications contractuelles possibles.** Une condition pour appliquer des modifications au contrat est que ces changements aient une influence sensible sur le risque assuré, sur le coût, ou encore sur l'étendue des prestations<sup>22</sup>. Le contrat peut être modifié, de manière raisonnable, proportionnelle et moyennant accord des parties contractantes, à la demande de l'assuré principal. Il peut aussi être modifié à l'initiative de l'assureur, moyennant accord du preneur, en cas d'application d'une nouvelle réglementation, et pour autant que cela soit dans l'intérêt du preneur<sup>23</sup>.

La prime, la franchise ou la prestation peuvent encore être indexées selon l'indice des prix à la consommation ou les indices médicaux déterminés par le Roi<sup>24</sup>. Une majoration tarifaire est également possible en cas de pertes exceptionnelles avérées ou à craindre afin d'atteindre un nouvel équilibre financier. Cela relève de la compétence de la Banque Nationale sur avis de la F.S.M.A.<sup>25</sup>.

2. aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité et/ou

3. lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail, pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties ».

19. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 209, n° 52.

20. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, 2<sup>e</sup> éd., Limal, Anthemis, 2011, p. 401, n° 1077 et 1078.

21. J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Le devoir spécifique d'information dans le cadre des contrats d'assurance maladie », *op. cit.*, pp. 198 et 199.

22. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 401, n° 1077.

23. C. PARIS, *Manuel de droit des assurances*, *op. cit.*, p. 521 ; C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 210, n° 57 ; J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Le devoir spécifique d'information dans le cadre des contrats d'assurance maladie », *op. cit.*, p. 198.

24. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 210, n° 57.

25. Art. 41 et 204, § 4 de loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *op. cit.*, mais aussi art. 504 de la loi du 13 mars 2016 relative au statut et au contrôle des entreprises d'assurance ou de réassurance, *M.B.*, 23 mars 2016 ; C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 210, n° 55.

Si aucun accord amiable n'intervient entre le preneur et l'assureur, la voie judiciaire peut être empruntée<sup>26</sup>.

## II. L'incidence des revenus professionnels

**Les revenus professionnels : l'essence du contrat.** Les prestations de l'assureur revenu garanti sont intimement liées à l'existence de revenus professionnels. L'intérêt d'assurance consiste d'ailleurs uniquement en la garantie de revenus acquis au moyen de l'exercice d'une profession, à tel point que l'arrêt de la profession constituerait une cause de cessation du contrat, par disparition d'intérêt, à moins bien sûr que l'arrêt de l'activité professionnelle soit la conséquence de l'incapacité de travail<sup>27</sup>.

## III. La détermination du degré d'invalidité

**Le degré d'invalidité<sup>28</sup>.** Le versement de la prestation d'assurance dans le cadre d'une couverture en revenu garanti a lieu tenant compte du degré d'invalidité de la personne assurée. L'invalidité est déterminée tenant compte de deux critères<sup>29</sup> :

- *un critère physiologique*, qui consiste, sans avoir égard à l'élément professionnel, en une diminution de l'intégrité physique de l'assuré dont le degré est mesuré tenant compte d'un barème ;
- *un critère économique*, qui n'est pas strictement lié à la profession exercée mais qui consiste en une diminution de la capacité de travail de la personne assurée, eu égard à ses possibilités de se réadapter dans une activité professionnelle, en compatibilité avec ses aptitudes et avec son degré de connaissance.

26. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 401, n° 1077.

27. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », op. cit., p. 198, n° 15 ; C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 134, n° 364 ; C. DEVOET, « Quelques réflexions sur l'assurance revenus garantis », obs. sous Liège (3<sup>e</sup> ch. A), 17 octobre 2007, *For. Ass.*, n° 82, mars 2008, p. 52 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », op. cit., p. 153.

28. Dans le cadre de la présente contribution, il sera fait référence, tantôt à l'invalidité, tantôt à l'incapacité. Ces notions seront abordées dans un sens traditionnel, sens qui n'est plus celui auquel il est fait référence dans les derniers tableaux indicatifs, notamment eu égard aux critiques qu'a suscité la notion d'invalidité. Voy. à cet égard not. P. LUCAS, *Histoire de la réparation des préjudices corporels. De la vengeance à l'indemnisation sans égard à la responsabilité*, Limal, Anthemis, 2020, p. 236. Pour ce texte et pour une facilité de compréhension, l'invalidité est à entendre « essentiellement comme étant une notion médicale, désignant l'amoindrissement d'ordre anatomique ou fonctionnel indépendamment de ses répercussions éventuelles sur les activités lucratives de la victime » et l'incapacité est à comprendre comme « l'inaptitude à l'exercice des activités lucratives que la victime, compte tenu de ses qualifications, pouvait déployer dans le milieu économique et social qui était le sien ». Th. PAPART et B. CEULEMANS, *Vade-mecum du tribunal de police*, 5<sup>e</sup> éd., Liège, Kluwer, 2021, p. 660.

29. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., pp. 137 et 138, n° 376.

On rappellera néanmoins que durant les périodes d'incapacité temporaire, seule la profession exercée au moment de l'incapacité est prise en compte pour évaluer l'incapacité économique. Les possibilités de réadaptation et les autres professions sont examinées uniquement eu égard à l'incapacité permanente<sup>30</sup>.

**La détermination du degré d'invalidité : par qui et comment ?** Seule une décision médicale peut fixer le degré d'invalidité d'une personne<sup>31</sup>.

Généralement, les polices d'assurance organisent la procédure permettant d'aboutir à la décision médicale déterminant le degré d'invalidité. Ainsi, le médecin choisi par l'assureur<sup>32</sup> et celui choisi par l'assuré déterminent ensemble et de commun accord le degré d'invalidité par une décision qui s'impose aux parties. Si ces deux médecins ne parviennent pas à aboutir à un accord, ils désignent un troisième expert médecin chargé de les départager. La décision du troisième expert s'appliquera alors aux parties contractantes selon les termes du contrat<sup>33</sup>. Si les deux experts médecins ne parviennent pas à s'entendre sur l'identité du troisième expert chargé de les départager, une demande en désignation d'expert peut être introduite par requête devant le président du tribunal de 1<sup>re</sup> instance territorialement compétent<sup>34</sup>.

*Exemple de clause : art. 10. DÉTERMINATION DE L'INVALIDITÉ ET DE L'EXPERTISE MÉDICALE*

*Sur base des renseignements fournis, [l'assureur] juge de la réalité, de la durée et du degré de l'invalidité, et notifie sa décision au preneur d'assurance. Cette décision est considérée comme acceptée si le preneur ne signifie pas son désaccord à [l'assureur] dans les trente jours de la notification. Toute contestation au principe de la fixation de l'invalidité ou à un autre sujet d'ordre médical est soumise contradictoirement à deux experts médecins nommés et dûment mandatés, l'un par le preneur d'assurance, l'autre par [l'assureur]. Faute d'arriver à un accord, les experts médecins choisissent un troisième*

30. *Ibid.*, pp. 137 et 138, n° 376.

31. *Ibid.*, p. 138, n° 377.

32. On précisera que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (art. 3, § 1<sup>er</sup> et 9), *M.B.*, 26 septembre 2002, est applicable aux relations entre l'assuré et le médecin-conseil de l'assureur. Cela implique que l'assuré a le droit de consulter son dossier médical auprès du médecin-conseil de l'assureur, sauf les annotations personnelles et les données relatives aux tiers. L'obligation de donner accès au dossier médical incombe, non pas à l'assureur qui n'est pas soumis à la loi du 22 août 2002 précitée, mais bien au médecin-conseil. Voy. à cet égard C. DEVOET, « Assurance maladie privée : questions choisies », *Bull. Ass.*, 2020/3, n° 412, pp. 242-244 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 152.

33. Cela peut être de manière irrévocable ou, comme dans l'exemple ci-dessous, il peut être considéré que la décision du troisième médecin sera prépondérante. Il faut dès lors être attentif aux termes contractuels.

34. Art. 584, 2°, C. jud. ; C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon *op. cit.*, p. 201, n° 25 ; C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, pp. 138 et 139, n° 378.

*expert qui sera obligatoirement un médecin spécialiste de la pathologie concernée. Les trois experts statueront en commun, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième expert sera prépondérant.*

*Si l'une des parties ne nomme pas son expert médecin ou si les deux experts médecins ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du tribunal de première instance du domicile du preneur, à la requête de la partie la plus diligente. Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son expert. Les frais et honoraires du troisième expert sont partagés par moitié. Si l'assuré obtient gain de cause, [l'assureur] prend à sa charge l'ensemble des frais relatifs à la procédure arbitrale. Les experts médecins sont dispensés de toute formalité. Leur décision est souveraine et irrévocable.*

Pour déterminer le degré d'invalidité, les contrats d'assurance se réfèrent au Barème officiel belge des invalidités (en abrégé B.O.B.I.<sup>35</sup>) ou au Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique<sup>36,37</sup>.

#### IV. L'incidence du degré d'invalidité sur l'indemnisation

**L'importance de l'incapacité de travail économique.** On relèvera que pour déterminer l'ampleur de l'indemnisation, c'est l'incapacité de travail économique, soit « le retentissement de l'incapacité physiologique sur la capacité de gain professionnel de l'assuré » qu'il faut prendre en considération<sup>38</sup>, même si très souvent, l'incapacité économique et l'incapacité physiologique se confondent. La distinction s'opère généralement pour les petites incapacités physiologiques qui entraînent une distorsion avec les incapacités économiques<sup>39</sup>.

Dans le cadre de la prise en compte de ce critère, on parlera d'invalidité.

**L'invalidité inférieure à 25 %.** Dès lors que l'intervention de l'assureur dépend du degré d'invalidité de la personne assurée, il est important de préciser que si l'invalidité de la personne assurée est évaluée à moins de 25 %, il n'y aura pas d'intervention de l'assureur et aucune indemnité ne sera versée<sup>40</sup>.

35. Consultable sur le site du SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement : <https://www.health.belgium.be/fr/medex/victimes-examinees-par-loffice-medico-legal-oml/informations-generales#Bar%C3%A8me%20officiel>.

36. Publié notamment aux éditions Anthemis : P. LUCAS (dir.), *Guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique*, Limal, Anthemis, 2010, 114 p.

37. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 202, n° 26.

38. *Ibid.*, p. 202, n° 27.

39. *Ibid.*

40. *Ibid.*, p. 197, n° 13 ; C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 138, n° 377 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 159.

**L'invalidité située entre 25 et 66 %.** Si le degré d'invalidité de l'assuré se situe entre 25 et 66 % (c'est-à-dire qu'il atteint au moins 25 %, mais sans atteindre 67 %), l'assureur interviendra à concurrence du pourcentage exact de l'incapacité de travail<sup>41</sup>. En d'autres termes, on peut dire que l'assureur interviendra proportionnellement au taux de l'incapacité subie<sup>42</sup>.

**L'invalidité supérieure à 67 %.** Si la personne concernée bénéficie d'un taux d'invalidité de 67 % et plus, l'indemnité versée par l'assureur sera complète. Pour le dire autrement, elle sera indemnisée à 100 %, soit comme si son invalidité était totale<sup>43</sup>.

#### V. Le versement de la rente de la part de l'assureur

**Le montant versé.** Le montant de la rente est évalué en fonction des revenus professionnels de la personne assurée susceptibles d'être perdus à cause de l'incapacité de travail. La rente est versée à concurrence de maximum 80 % des revenus, sous déduction de l'estimation de la somme prise en charge par la sécurité sociale<sup>44</sup>. Cette limitation à 80 % s'explique par la volonté d'encourager la reprise du travail et de décourager l'abandon de l'activité professionnelle<sup>45</sup>.

**Le délai d'attente.** Il s'agit d'une période déterminée qui se décompte à partir de la date de souscription du contrat et durant laquelle, en cas de survenance d'un sinistre, certaines garanties ne sortiront pas leurs effets. Ce délai permet, par exemple, d'éviter qu'une personne ne souscrive une assurance « en vitesse » dans le seul but de couvrir une hospitalisation déjà programmée.

La durée du délai d'attente peut varier de trente jours, à deux, trois, six et même douze mois<sup>46</sup>.

**La période de carence.** Il s'agit d'un délai qui prend cours au premier jour du sinistre et qui dure généralement minimum 30 jours. Durant cette période de carence, l'assureur n'est redevable d'aucune prestation<sup>47</sup>. Le délai

41. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 159.

42. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 198, n° 17.

43. C. DEVOET, « Quelques réflexions sur l'assurance revenus garantis », *op. cit.*, p. 52 ; C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, n° 377 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 160.

44. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 199, n° 21.

45. *Ibid.*, p. 199, n° 21.

46. L'allongement du délai d'attente a un impact sur le montant de la prime, ainsi diminué, et permet de réserver l'intervention de l'assureur uniquement aux maladies de longue durée, selon le choix du preneur d'assurance. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, pp. 197 et 198, n° 14.

47. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 159.

courant de 30 jours peut être plus long ou plus court, tenant compte des conditions particulières du contrat applicable et donc, de la volonté des parties. En matière de sécurité sociale, la loi du 22 mai 2019 prévoit une période de carence d'une durée de 7 jours, dite « franchise anglaise »<sup>48</sup>. Se pose la question de savoir si les assurances privées vont suivre cette tendance, et la réponse semble être négative<sup>49</sup>.

*Exemple de définition : Délai de carence :*

*le délai prévu dans les conditions particulières pendant lequel aucune indemnité n'est due par.... Ce délai court à partir du jour où l'invalidité prend cours.*

**La période de carence et la rechute.** Si le contrat est déjà en cours depuis une certaine période, le délai de carence n'est pas appliqué une seconde fois en cas de rechute<sup>50</sup>.

**La fin du versement de la rente.** La rente cesse d'être versée à la fin de la période d'invalidité ou tenant compte d'une période prévue contractuellement<sup>51</sup>.

*Exemple : Si l'incapacité est la suite :*

- de troubles psychiques dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin psychiatre légalement autorisé à pratiquer en Belgique ;
- de fibromyalgie dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un médecin spécialiste légalement autorisé à pratiquer en Belgique et spécialisé dans ce domaine ;
- d'un syndrome de fatigue chronique dont le diagnostic repose sur des signes physiologiques objectifs constatés par un centre de référence reconnu en Belgique ;
- les prestations ne sont dues que durant une période cumulée de 2 ans sur toute la durée de la garantie et après application d'un délai d'attente de 18 mois et d'un délai de carence de 180 jours, pour autant que l'assuré se trouve en incapacité de travail totale.

**Le montant de la rente.** Par principe, le versement de la rente est constant, mais des versements croissants peuvent s'envisager contractuellement. Si la rente est croissante, elle augmente à concurrence d'un pourcentage défini

48. Loi du 22 mai 2019 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, en vue de supprimer la période de carence, *M.B.*, 24 juin 2019.

49. P. ROELS, « [Premier pilier] Indemnité de maladie pour qui reste actif après l'âge de la pension », *Life & Benefits*, 2019, liv. 8, p. 5.

50. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 136, n° 371.

51. *Ibid.*, p. 136, n° 371.

à chaque date anniversaire de sa prise de cours, par rapport au montant atteint durant l'année précédente<sup>52</sup>. Si l'incapacité prend fin et qu'une nouvelle incapacité survient, la croissance recommence à partir du montant initial<sup>53</sup>. On peut également rencontrer des formules qui prévoient une majoration du montant de la rente versée par l'assureur tenant compte de la durée de la période d'incapacité. Par exemple, la rente se voit majorée après une période de deux mois, puis de trois mois...<sup>54</sup>

*Exemple : Les Conditions Particulières reprennent le type de rente que vous avez choisi. Ce type de rente est :*

- soit une rente constante : pendant toute la période de dédommagement, la rente reste égale au montant de la rente pour lequel la prime est calculée au moment de la constatation du degré d'incapacité de travail.
- soit une rente progressive : pendant toute la période de dédommagement, la rente augmente annuellement d'un pourcentage fixé dans les Conditions Particulières suivant une progression géométrique. Cette augmentation s'applique pour la première fois un an après le sinistre assuré. Après la cessation de la prestation, le montant de la rente est reporté au montant de la rente contractuellement prévu.
- soit une rente progressive optimale : tant la rente que la prime due augmentent chaque année à l'échéance principale de la police d'un pourcentage fixé dans les Conditions Particulières suivant une progression géométrique.

**L'exonération ou le remboursement de la prime d'assurance.** La garantie prévoit généralement durant la période d'incapacité et dans la mesure du degré de l'incapacité de travail, le remboursement de la prime de l'assurance ou alors, l'exonération du paiement de celle-ci en proportion avec le degré d'invalidité retenu. On parle de garantie « exonération » ou « remboursement » de prime<sup>55</sup>.

**Les éventuelles garanties complémentaires.** On notera encore qu'outre ces garanties classiques, les assureurs ont rendu plus attrayants leurs contrats en les agrémentant de produits de compléments auxquels il peut être souscrit, comme une garantie visant à couvrir le montant des frais fixes d'exploitation d'une entreprise personnelle durant une période déterminée, le remboursement de frais médicaux (généralement en cas d'affection grave)...<sup>56</sup>

52. *Ibid.*, p. 136, n° 371.

53. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 198, n° 17.

54. *Ibid.*, p. 199, n° 17.

55. *Ibid.*, p. 199, n° 18 ; C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 136, n° 371 et p. 140, n° 382.

56. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 199, n° 20.

### §3. L'assurance revenu garanti : une assurance à caractère indemnitaire ou à caractère forfaitaire ?

#### I. Bref rappel des principes en matière d'assurance à caractère indemnitaire ou à caractère forfaitaire

**La distinction entre les deux types de garantie.** Les assurances de personnes sont les seules garanties au sujet desquelles se pose la question de savoir si elles relèvent d'une catégorie ou d'une autre<sup>57</sup>. Pour les assurances de choses ou de frais, les choses sont un peu plus évidentes dès lors que leur objet est moins nuancé. Ce qui les caractérise directement est la conservation du patrimoine de la personne assurée<sup>58</sup>.

Une assurance à caractère indemnitaire est « celle dans laquelle l'assureur s'engage à fournir la prestation nécessaire pour réparer tout ou partie d'un dommage subi par l'assuré ou dont celui-ci est responsable ». Le montant de la prestation de l'assureur dépend de l'ampleur du dommage subi, sans pour autant garantir une réparation à 100 %. Tout dépend des limites de la prestation à fournir par l'assureur<sup>59</sup>.

Une assurance à caractère forfaitaire est « celle dans laquelle la prestation de l'assureur ne dépend pas de l'importance du dommage ». Le montant qui sera versé par l'assureur est indépendant du dommage qui est effectivement subi<sup>60</sup>.

La détermination du caractère indemnitaire ou forfaitaire de l'assurance a une incidence sur le recours subrogatoire de l'assureur, même s'il y aura lieu de nuancer le propos (voy. *infra*, pp. 199 et s.)<sup>61</sup>. En effet, la subrogation est un corollaire de l'assurance indemnitaire et il n'existe pas de droit de subrogation légale en cas d'assurance à caractère forfaitaire. Pour l'assurance à caractère forfaitaire, il est généralement considéré que l'indemnisation versée est la contrepartie des primes payées. Cela étant dit, un droit de subrogation peut être reconnu contractuellement à l'assureur intervenant forfaitairement<sup>62</sup>.

57. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 98, n° 271. Pour en savoir plus à cet égard, voy. l'ouvrage précité.

58. M. FONTAINE, *Droit des assurances*, 5<sup>e</sup> éd., Bruxelles, Larcier, 2016, p. 443, n° 568 et p. 444, n° 569.

59. Art. 55, 3°, loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril ; J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », *Traité pratique de droit commercial. Les assurances terrestres. Tome 3*, Bruxelles, Kluwer, 2011, p. 357, n° 714 et p. 362, n° 725 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », op. cit., p. 152.

60. Art. 55, 4°, loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *M.B.*, 30 avril 2014 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », op. cit., p. 152.

61. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », op. cit., p. 154.

62. J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », op. cit., p. 372, n° 745 et p. 383, n° 765.

## II. Indemnitaire ou forfaitaire, quand le cœur balance

**L'intention des parties.** Dès lors que les prestations de l'assureur viennent en remplacement de rémunérations, certains y voient une assurance à caractère indemnitaire alors que d'autres y voient une assurance de sommes, soit une assurance à caractère forfaitaire<sup>63</sup>.

La plupart du temps, sans que cela ne soit imposé, la prestation de l'assureur sera calquée sur la perte éprouvée de revenus puisque l'objectif de la garantie est la couverture des conséquences patrimoniales d'une incapacité de travail consécutive à un accident ou une maladie. Toutefois, il n'est pas obligatoire de calquer exactement la prestation de l'assureur sur le montant des revenus perdus. Un forfait peut être prévu et la prime sera alors adaptée en fonction de ce forfait. Pour le dire autrement, afin de déterminer le caractère forfaitaire ou indemnitaire de la prestation de l'assureur, il y a lieu d'examiner les engagements pris par ce dernier. Il ne faut toutefois pas raisonner à la hâte et considérer qu'une assurance perdrait *de facto* son caractère indemnitaire pour peu que des limites existent quant à l'indemnisation (montant absolu ou franchise)<sup>64</sup>.

En d'autres termes, le caractère indemnitaire ou forfaitaire de l'assurance revenu garanti se détermine en fonction de l'intention des parties et il y a donc lieu de se référer aux termes du contrat<sup>65</sup>.

Cependant, les parties ne s'expriment que rarement sur le caractère forfaitaire ou indemnitaire du contrat conclu<sup>66</sup>. « La jurisprudence et la doctrine ont [alors] identifié [...] des critères auxquels on peut se référer pour déterminer le caractère indemnitaire ou forfaitaire de la police.

Ainsi, si la prestation de l'assureur se base sur l'âge de l'assuré, sur sa situation familiale, sur ses revenus professionnels, sur le degré d'incapacité, l'assurance doit être considérée comme indemnitaire, et ceci même si la réparation du préjudice est partielle (par exemple, s'il est fait application d'une franchise ou d'un plafond d'indemnisation). L'assurance est également indemnitaire si la police d'assurance se réfère à la législation sur les accidents du travail pour déterminer les prestations de l'assureur »<sup>67</sup>.

63. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 101, n° 280.

64. *Ibid.*, pp. 100 et 101, n° 277.

65. Art. 198, loi du 4 avril 2014 relatives aux assurances, op. cit. : « Les assurances de personnes autres que les assurances sur la vie ont un caractère indemnitaire ou un caractère forfaitaire selon ce qui est déterminé par la volonté des parties » ; J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », op. cit., p. 358, n° 716 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », op. cit., p. 153.

66. J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », op. cit., p. 358, n° 717.

67. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », op. cit., p. 153.

Un autre indice est l'existence, dans le contrat, d'un droit de subrogation<sup>68</sup> pour l'assureur ou encore, l'interdiction de cumul des prestations avec d'autres indemnités<sup>69</sup>.

**Une assurance à caractère indemnitaire.** À notre estime et tenant compte des règles instituées par le législateur, l'assurance revenu garanti revêt un caractère indemnitaire. Son raisonnement est sans nul doute que toute assurance dont l'intérêt est de nature économique doit être considérée comme une assurance indemnitaire. C'est ainsi le cas des garanties qui visent à la protection du patrimoine, dont fait partie la perte de revenus professionnels, dans notre cas, pour l'indépendant<sup>70</sup>.

On reprendra les propos pertinents de Claude DEVOET qui précise qu'« il s'agit même d'une forme renforcée d'assurance indemnitaire. [...] Il nous paraît qu'en définissant de la sorte l'assurance incapacité de travail, dont les prestations sont limitées à la perte de revenus subie par l'assuré, le législateur a opté pour une définition typique du mode indemnitaire, paraissant exclure par le fait même qu'une assurance incapacité de travail puisse être forfaitaire. Car l'un est l'opposé de l'autre. Lorsque la réparation est mesurée par l'étendue exacte d'une perte subie, elle ne pourrait, par définition, être forfaitaire »<sup>71</sup>.

Jean-Luc FAGNART a précisé à cet égard que « l'assurance "revenus garantis" [est] traditionnellement considérée comme une assurance à prestations forfaitaires. [...] ce contrat d'assurance peut prévoir des prestations forfaitaires ou portant sur un "montant fixe" ; mais d'autres dispositions prévoient, de façon étonnante, que la prestation correspond à "la perte de revenus subie". Ces quelques mots démontrent une totale ignorance de la pratique d'assurance "revenus garantis" qui couvre (ou couvrirait ?) une invalidité ou, le cas échéant, une incapacité de travail, mais non pas la perte de revenus. On a en outre le sentiment que le législateur s' imagine que, même dans les assurances de personnes, le dommage économique appellerait nécessairement une réparation indemnitaire alors que le préjudice purement physiologique

68. Ce critère n'est pas significatif à lui seul dès lors qu'un droit de subrogation peut exister, même dans le cadre de garanties à caractère forfaitaire. J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », *op. cit.*, pp. 358 et 359, n° 717.

69. *Ibid.*, p. 358, n° 717.

70. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, 2<sup>e</sup> éd., Bruxelles, Larcier, 2016, p. 853, n° 1366 ; J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », *op. cit.*, p. 357, n° 715.

71. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 103, n° 282. Voy. aussi p. 137, n° 372. *Contra* Bruxelles, 13 janvier 2003, *R.G.A.R.*, 2005, p. 13958. La cour d'appel de Bruxelles a estimé dans un arrêt du 13 janvier 2003 que dans les circonstances de l'espèce, l'assurance revenu garanti constituait une assurance forfaitaire, au contraire de la décision dont appel qui avait considéré cette assurance comme indemnitaire.

conduirait à une réparation forfaitaire »<sup>72</sup>. Cette opinion est également partagée par Jean-Christophe ANDRÉ-DUMONT<sup>73</sup>.

Il est clair que l'immixtion du législateur dans la définition même des produits ignore la pratique. Agir de la sorte porte d'ailleurs atteinte à la disposition qui permet le choix du système, indemnitaire ou forfaitaire, en assurances de personnes, sauf en assurance vie. Une assurance revenu garanti à prestations forfaitaires pourrait tout à fait exister, en vertu de l'autonomie contractuelle des parties, mais elle ne pourrait alors plus être appelée « assurance incapacité de travail »... En outre, si une assurance revenu garanti est souscrite en complément à une assurance vie, elle ne peut être que... forfaitaire<sup>74</sup> ! Le législateur n'a pas été des plus avisé en ce qui concerne l'assurance maladie...

**Un mot sur l'assurance individuelle accident.** L'assurance individuelle accident peut être définie comme étant « l'assurance prévoyant que, dans le cas où un accident survenu à l'assuré a entraîné le décès, une incapacité permanente, une incapacité temporaire, ou des frais médicaux, l'assureur procédera au versement d'un capital ou d'indemnités journalières calculés forfaitairement, ainsi qu'au remboursement des frais selon un barème »<sup>75</sup>.

Il est acquis qu'une assurance individuelle accident, à laquelle il peut être souscrit en même temps qu'une assurance revenu garanti, revêt un caractère forfaitaire. Cela ne vise pas l'éventuelle garantie annexe qui aurait pour objet le remboursement des frais médicaux, ce type de garantie étant par nature indemnitaire<sup>76</sup>.

72. J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », *op. cit.*, pp. 360 et 361, n° 721.

73. J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Assurances de risque décès, accident et incapacité de travail. Synthèse du régime fiscal », in J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT et J. DANDOY, *Assurances vie, décès et revenu garanti. Aspects juridiques et fiscaux*, coll. Ateliers des FUCAM, Limal, Anthemis, 2013, p. 37.

74. Art. 39, Arrêté royal relatif à l'activité d'assurance sur la vie du 14 novembre 2003, *M.B.*, 14 novembre 2003, *err.*, *M.B.*, 23 juillet 2004, pp. 57043-57068. L'article 39 précité précise : « Les opérations d'assurances de personnes relatives à un risque accessoire aux opérations visées à l'article 2, 1° et 2°, ont un caractère forfaitaire ».

75. J. CHARBONNIER, *L'assurance du risque automobile*, Bruxelles, Larcier Business, 2012, p. 233.

76. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 101, n° 279.

#### §4. Les formes de l'assurance revenu garanti pour le travailleur indépendant

##### I. L'assurance revenu garanti « pure »

La couverture visant la diminution ou de la perte de revenus. Cette catégorie concerne la garantie d'assurance qui, au sens strict, en cas de maladie ou en cas d'accident, indemnise totalement ou partiellement la diminution ou la perte de revenus professionnels due à l'incapacité de travail de la personne assurée. Aucune autre prestation n'est prévue en sus.

Dans ce type de couverture, le preneur d'assurance et l'assuré se confondent<sup>77</sup>.

##### II. L'assurance revenu garanti sous forme d'assurance chiffre d'affaires garanti<sup>78</sup>

L'assurance souscrite par la société. Cette forme d'assurance vise à protéger les sociétés « contre le risque d'incapacité de travail de leur gérant [ou de leur dirigeant], le plus souvent unique, qui occasionnerait pour cette société des pertes de bénéfices ou des coûts supplémentaires d'exploitation. Le contrat est souscrit par la société, preneur d'assurance, à son bénéfice propre, sur la tête de son dirigeant »<sup>79</sup>.

Est couverte l'incapacité de travail de la tête assurée, active depuis minimum trois ans dans la société, jusqu'à son 65<sup>e</sup> anniversaire<sup>80</sup>.

Il est intéressant de noter que l'assurance dirigeant d'entreprise couvre jusqu'à 80 % du chiffre d'affaires de l'entreprise, tel qu'il ressort des comptes annuels déposés pour les deux dernières années lorsque le dirigeant (ou le collaborateur principal) tombe en incapacité de travail pour cause de maladie ou d'accident<sup>81</sup>.

L'indemnité perçue par la société bénéficiaire, que ce soit sous la forme d'une rente ou d'un capital, lui permet de payer un remplaçant temporairement ou de rechercher une autre solution adaptée à la poursuite de ses activités. La société aura également suffisamment de moyens pour

77. Art. 201, § 2, loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *op. cit.*

78. Aussi dénommée assurance revenu garanti souscrite sous la forme d'assurance dirigeant d'entreprise.

79. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 141, n° 385.

80. *Ibid.*

81. *Ibid.*, p. 141, n° 385.

continuer à payer les frais inhérents à ses activités (voiture, téléphone, portable...) <sup>82</sup>.

L'objet de cette assurance est donc, pratiquement, de veiller à la continuité des activités de l'entreprise.

### III. L'assurance revenu garanti et l'assurance complémentaire du risque d'invalidité : distinctions

L'A.C.R.I. <sup>83</sup>. Il s'agit de l'abréviation de la garantie d'assurance complémentaire du risque d'invalidité visant à la couverture des indépendants et titulaires de professions libérales. Cette assurance vient se greffer sur une assurance vie, souscrite à titre individuel par un indépendant, pour couvrir les risques d'invalidité <sup>84</sup>.

Elle a deux objets <sup>85</sup> :

- *l'exonération du paiement des primes* d'assurance vie et des assurances complémentaires, que l'assureur prend en charge ou rembourse, durant la période d'invalidité et en proportion avec le degré d'invalidité ;
- *le versement d'une rente* en cas d'invalidité de l'assuré provoquée par une maladie ou par un accident.

« Cette garantie est fort semblable à une assurance revenu garanti. Généralement, l'assurance couvre aussi bien les accidents, professionnels ou de la vie privée, que les maladies. Les différences avec l'assurance revenu garanti souscrite à titre principal tiennent aux conditions de souscription. L'importance de la rente annuelle assurée est en effet souvent liée à celle du capital - décès de l'assurance principale et ne peut, outre un montant absolu, dépasser par exemple 30 % de ce capital » <sup>86</sup>.

82. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 854, n° 1367.

83. À ne pas confondre avec l'A.C.R.A., soit l'assurance complémentaire à une assurance vie contre le risque d'accident. Voy. not. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., pp. 853 et 854, n° 1365.

84. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 141, n° 386 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », op. cit., p. 155.

85. *Ibid.*, p. 142, n°s 387 et 388.

86. *Ibid.*, p. 142, n° 388.

*Exemple :*

*A. Le remboursement des primes du contrat d'assurance de groupe.*

*En cas d'incapacité économique de l'assuré, la Société garantit le remboursement des primes patronales et personnelles, impôts et taxes compris, de l'assurance principale et de la présente assurance complémentaire.*

*Les primes d'assurance à prendre en considération sont celles qui permettent le maintien des prestations assurées lors de la survenance de l'incapacité.*

*B. Le paiement d'une rente d'incapacité.*

*Cette garantie prévoit en cas d'incapacité économique de l'assuré le paiement d'une rente, définie dans les conditions particulières.*

*Les garanties ont un caractère forfaitaire.*

#### IV. Une garantie complémentaire : le capital décès

Le versement d'un capital forfaitaire en cas de décès par accident. Une garantie complémentaire ayant pour objet le versement d'une somme forfaitaire en cas de décès peut être souscrite dans le cadre d'une police revenu garanti et en complément de cette garantie. Cette couverture rentre dans la catégorie des assurances sur la vie, de type A.C.R.A., catégorie qui ne sera pas abordée dans le cadre de la présente contribution<sup>87</sup>.

Le contrat prévoit alors le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés en cas de décès de la personne assurée<sup>88</sup>.

Le contrat détermine la manière dont le capital est calculé (cela peut être un multiple du revenu professionnel annuel, par exemple)<sup>89</sup>.

#### V. Des garanties complémentaires : indemnité journalière et frais médicaux

Le versement d'indemnités en cas d'hospitalisation. La police d'assurance revenu garanti peut contenir également le versement d'une indemnité par jour d'hospitalisation, le plus souvent forfaitaire, dont le montant est déterminé dans les conditions particulières d'assurance<sup>90</sup>.

87. Voy. not. J.-M. BINON, « Les assurances de personnes, vingt années d'incertitude », in *La loi sur le contrat d'assurance terrestre*, Bruxelles, Bruylant, 2012, pp. 225-274 ; J.-M. BINON et N. SCHMITZ, « Développements récents dans les assurances de personnes », in C. PARIS (dir.), *Actualités en droit des assurances*, CUP, n° 201, Liège, Anthemis, 2020, pp. 197-284.

88. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 160.

89. *Ibid.*, p. 160.

90. *Ibid.*

**Le remboursement des frais médicaux.** L'assurance peut également prévoir le remboursement des frais médicaux liés à la survenance d'un accident ou d'une maladie couverte par le contrat. Le remboursement est généralement forfaitaire et plafonné<sup>91</sup>.

## **Section 2. La question de la déclaration du risque et ses corollaires**

### **§1. L'obligation de déclaration spontanée dans le chef du preneur d'assurance**

#### **I. Le principe de l'obligation de déclaration spontanée**

Une obligation de déclaration spontanée dans le chef du preneur d'assurance. L'article 58, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances contient une obligation de déclaration spontanée, dans le chef du preneur d'assurance, de ce qu'il doit raisonnablement estimer être important, pour l'assureur, pour l'évaluation du risque lors de la souscription d'un contrat. Le texte légal précité prévoit que « le preneur d'assurance a l'obligation de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui<sup>92</sup> et qu'il doit raisonnablement considérer comme constituant pour l'assureur des éléments d'appréciation du risque »<sup>93</sup>.

#### *Exemple :*

*À la souscription de la police, le preneur d'assurance et les assurés sont obligés de communiquer spontanément toutes les circonstances connues par eux et dont ils savent raisonnablement ou sont estimés de savoir que ces données peuvent influencer notre jugement du risque.*

*Ainsi, nous devons être exactement renseignés sur toutes les particularités concernant l'état de santé, le statut social, les activités professionnelles et/ou les activités de loisirs exercées.*

Cette obligation de déclaration du risque n'est pas seulement préalable à la souscription du contrat mais elle perdure jusqu'à la conclusion effective de ce dernier. Elle vaut pour toute(s) circonstance(s) pertinente(s) dont le

91. *Ibid.*

92. Voy. point suivant pour les tempéraments à l'obligation de déclaration spontanée du preneur d'assurance.

93. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 869, n° 1390 ; A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », op. cit., p. 148.

candidat preneur aurait eu connaissance avant la déclaration du risque et/ou entre la déclaration initiale et la formation du contrat, en ce compris durant la période liée à l'accomplissement des formalités médicales<sup>94</sup>.

À défaut de déclaration spontanée, le candidat preneur pourrait se voir reprocher la commission d'une omission ou d'une inexactitude intentionnelle, avec le régime des sanctions qui en découle (voy. *infra*, pp. 189 et s.).

La cour d'appel de Gand a, par exemple, décidé dans un arrêt du 20 novembre 2008<sup>95</sup> qu'était constitutive d'une omission intentionnelle dans le chef du preneur d'assurance, le fait de ne pas compléter les données relatives à son état de santé déjà communiquées à l'assureur avant la souscription de la police et après avoir été diagnostiqué d'une allergie. La Cour a considéré qu'au vu de la profession du preneur d'assurance, en l'occurrence chirurgien, celui-ci ne pouvait ignorer que ses lésions allergisantes étaient susceptibles d'entraver l'exercice de sa profession et que l'information était importante pour l'assureur dans le cadre de son appréciation du risque.

## II. Les tempéraments à l'obligation de déclaration spontanée

### A. L'obligation de déclarer uniquement les circonstances connues ou devant être connues

Une obligation de déclaration limitée aux éléments connus. L'article 58 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances encadre la portée de l'obligation de déclaration spontanée du risque puisqu'il limite celle-ci aux circonstances effectivement connues du preneur d'assurance en ces termes : « [...] Toutefois, il ne doit pas déclarer à l'assureur les circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devrait raisonnablement connaître. Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées » (sur ce dernier point, voy. *infra*, pp. 180 et s.).

On peut penser à des éléments dont l'assureur aurait déjà connaissance par le biais d'autres garanties, comme, une assurance hospitalisation, une assurance accident de la vie privée...

### B. L'assureur : un cocontractant passif, actif ou hyper actif ?

Aucune obligation de déclarer les éléments déjà connus de l'assureur. Comme précisé ci-dessus, l'assureur ne pourrait reprocher, lors de l'exécution du contrat, au candidat preneur d'assurance de ne pas l'avoir

94. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », in V. CALLEWAERT et C. PARIS (dir.), *Actualités en droit des assurances*, Bruxelles, Larcier, 2014, p. 15.

95. Gand, 20 novembre 2008, *R.G.A.R.*, 2009/9, p. 14570.

informé des « circonstances déjà connues de celui-ci ou que celui-ci devait raisonnablement connaître ». Ainsi, on ne saurait faire reproche à un assuré de ne pas avoir attiré l'attention de l'assureur sur des dangers spécifiques relatifs à un certain type de profession exercée alors que celle-ci a été déclarée<sup>96</sup>.

Ce dernier point est néanmoins à apprécier avec réserve.

**L'importance du rôle actif de l'assureur.** La jurisprudence se montre bien souvent sévère avec l'assureur, lequel ne peut rester cantonné à un rôle passif puisqu'elle exige de l'assureur qu'il prenne des initiatives, notamment en s'informant lui-même sur des éléments importants dont la déclaration pourrait échapper au candidat preneur<sup>97</sup>. C'est notamment à cet égard que prend son sens le fait de faire compléter un questionnaire médical ou de soumettre le candidat à l'assurance à des examens médicaux.

**L'aggravation du risque : un risque inhérent pour l'assureur.** L'assureur a évidemment tout intérêt à guider le candidat preneur tout au long de ses déclarations, par le biais d'un questionnaire par exemple, dès lors que bon nombre d'informations sont susceptibles de revêtir une importance particulière. On insistera avec vigueur sur ce point dès lors que ne doivent pas être déclarées, en cours de contrat, d'éventuelles aggravations du risque en termes de santé et ce, conformément à l'article 81, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 4 avril 2014<sup>98</sup>. De telles aggravations sont d'ailleurs inhérentes à ce type de contrats puisque les assurés avancent dans l'âge au fur et à mesure de l'avancement du contrat, avec tous les aléas de santé que la plupart d'entre nous, malheureusement, risquons de connaître un jour ou l'autre.

**Le questionnaire médical de base et les examens médicaux préalables.** C'est donc à l'assureur qu'il incombe de faire procéder au candidat à l'assurance un examen médical, si le certificat remis n'est pas suffisamment clair, complet, est refusé ou inexistant<sup>99</sup>.

En pratique, le candidat preneur est invité à remplir un questionnaire médical de base (qui équivaut à une proposition d'assurance au sens de l'art. 55, 6°, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances), ainsi qu'un questionnaire médical complémentaire, ce second étant à rédiger avec l'aide d'un médecin. En fonction des réponses données, l'assureur peut encore veiller à compléter son information en sollicitant la communication de certificats

96. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, *op. cit.*, p. 874, n° 1396.

97. Cass., 18 janvier 2002, *R.G.A.R.*, 2003, n° 13659 ; Mons, 17 juin 2002, *R.G.A.R.*, 2003, n° 13769 ; Civ. Bruxelles, 15 octobre 2003, *R.G.A.R.*, 2005, n° 14052.

98. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 18.

99. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 150.

médicaux (rapports d'hospitalisation, résultats d'examens médicaux...) ou l'accomplissement d'un ou plusieurs examens médicaux complémentaires (tels qu'une visite chez un médecin désigné par l'assureur, des analyses de sang et d'urine, un électrocardiogramme, un test de résistance à l'effort...) <sup>100</sup>.

Les questions posées par l'assureur sont présumées pertinentes pour la couverture du risque à assurer <sup>101</sup>.

Les examens demandés doivent être nécessaires à la conclusion ou à l'exécution du contrat et ne peuvent que viser à la description de l'état de santé actuel du candidat à assurer (voy. point suivant à cet égard) <sup>102</sup>.

Il est intéressant de relever que certains centres médicaux privés, qui regroupent divers généralistes et spécialistes, travaillent en partenariat avec des assureurs. Il est donc possible, pour un candidat preneur, de regrouper tous les examens médicaux à passer en un seul endroit et sur une même demi-journée par exemple, ce qui présente des avantages organisationnels non négligeables, *a fortiori* pour un indépendant <sup>103</sup>.

### C. La déclaration de l'état de santé actuel

Une interprétation large de la description de l'état de santé actuel du futur assuré. Au sujet des certificats médicaux nécessaires à la conclusion du contrat, l'article 61, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances exige que leur contenu se limite à une « description de l'état de santé actuel » du candidat preneur. Il est évident que les assureurs entendent appliquer une interprétation large couvrant les antécédents de santé, tandis que les médecins, preneurs et assurés sont plutôt favorables à une interprétation restrictive du texte légal <sup>104</sup>.

Des décisions de jurisprudence sont à relever pour une interprétation plus large, comme celle de la cour d'appel de Bruxelles qui a estimé, le 20 novembre 2006 <sup>105</sup>, qu'une question portant sur l'état de santé du candidat lors de la déclaration du risque ne devait pas s'entendre comme visant uniquement une description de l'état de santé à ce moment précis, mais exige également de renseigner les circonstances pertinentes antérieures (en cette

100. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 18.

101. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, *op. cit.*, p. 870, n° 1391.

102. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 150.

103. Pour ce qui concerne la problématique liée aux questionnaires et examens médicaux, voy. not. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, pp. 19-39.

104. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 149.

105. Bruxelles, 20 novembre 2006, *R.G.A.R.*, 2008, n° 14344.

affaire, le candidat preneur souffrait d'un alcoolisme incoercible). On relève également un arrêt de la cour d'appel de Gand laquelle a jugé, le 18 mars 2010<sup>106</sup>, que les certificats médicaux à produire peuvent également décrire des antécédents sans être en contradiction avec la loi. En l'espèce, le médecin décrivait brièvement les antécédents du problème de genou qui avait conduit à une intervention dont l'assureur avait payé les frais.

**Une certaine amnistie pour les personnes ayant souffert d'un cancer.** On notera qu'il existe néanmoins une limite aux antécédents pouvant être pris en considération par l'assureur qui ressort du Code de bonne conduite adopté par Assuralia<sup>107</sup>.

Ainsi, pour toute assurance revenu garanti souscrite depuis le 1<sup>er</sup> février 2022 auprès d'une entreprise d'assurance adhérente, l'article 3 du Code de bonne conduite prévoit un droit à l'oubli pour les personnes guéries d'un cancer. Il s'agit d'une protection comparable à celle contenue à l'article 61/2 de la loi du 4 avril 2014<sup>108</sup> en matière d'assurance solde restant dû (pour les crédits hypothécaires ou professionnels)<sup>109</sup>.

Le principe est que le preneur d'assurance est tenu de déclarer qu'il a été ou est atteint d'une pathologie cancéreuse, conformément à l'article 58 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances (voy. *supra* à cet égard, pp. 180 et s.). Toutefois, à l'expiration d'un délai de 10 ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute, tels que définis par l'article 3 du Code de conduite, l'assureur ne peut plus prendre en compte cette pathologie pour déterminer l'état de santé actuel du candidat<sup>110</sup>.

106. Gand, 18 mars 2010, *Rev. dr. santé*, 2010-2011, pp. 398-400 et note S. DEFLOOR.

107. Assurances revenu garanti : droit à l'oubli pour les personnes guéries d'un cancer, Code de bonne conduite, approuvé par le conseil d'administration d'Assuralia du 8 février 2021, disponible sur <https://www.assuralia.be/fr/32-infos-secteur/regles-de-conduite/1006-code-de-bonne-conduite-relatif-aux-assurances-revenu-garanti-droit-a-l-oubli-pour-les-personnes-gueries-d-un-cancer>, consulté le 30 juin 2022.

108. « § 1<sup>er</sup>. Les personnes qui sont ou ont été atteintes d'une pathologie cancéreuse, quel que soit le type, et qui veulent contracter une assurance telle que visée à l'article 61/1, doivent déclarer cette pathologie à leur assureur conformément à l'article 58.

Il est toutefois interdit à l'entreprise d'assurances, à l'expiration d'un délai de dix ans après la fin d'un traitement réussi et en l'absence de rechute dans ce délai, de prendre en compte cette pathologie cancéreuse pour déterminer l'état de santé actuel, tel que prévu à l'article 61.

Par la fin d'un traitement réussi, on entend la date de la fin du traitement actif de la pathologie cancéreuse, en l'absence d'une nouvelle apparition du cancer. L'entreprise d'assurances ne peut exclure du contrat d'assurance cette pathologie cancéreuse ou refuser l'assurance en raison de ladite pathologie cancéreuse.

§ 2. Le Roi peut adapter le délai, visé au paragraphe 1<sup>er</sup> notamment en fonction de catégories d'âge et/ou types d'affection cancéreuse ».

109. Pour en savoir plus, voy. J.-M. BINON, « Assurance revenu garanti : premiers pas fébriles sur le chemin de l'oubli », *For. Ass.*, n° 225, juin 2022, pp. 101-111.

110. *Ibid.*, p. 101, n° 2.

Un assureur peut cependant, tenant compte de l'article 3, *in fine*, du Code de bonne conduite, se protéger en excluant « de la couverture l'incapacité de travail et/ou l'invalidité économique et/ou physiologique permanente consécutive à un cancer qui existe au moment de la souscription du contrat d'assurance ou de l'affiliation à une assurance liée à l'activité professionnelle ».

#### D. L'interdiction de l'assureur de se renseigner sur des données génétiques et antécédents héréditaires

**Les données génétiques : attention, danger !** La lecture combinée des articles 58, alinéa 1<sup>er</sup>, *in fine*<sup>111</sup>, et 61, alinéa 3<sup>112</sup>, de la loi du 4 avril 2014, démontre qu'il est légalement et formellement interdit à l'assureur, et par effet de ricochet à son médecin-conseil, de tenter d'obtenir, par quelque biais que ce soit, des données à caractère génétique<sup>113</sup>. Le but poursuivi est de protéger la vie privée du candidat preneur, tout comme celle de ses proches, mais aussi d'instaurer l'égalité entre les « bons » et « moins bons » profils génétiques<sup>114</sup>.

**Pas touche aux antécédents familiaux !** Les questionnaires médicaux qui contiendraient des questions relatives aux antécédents familiaux, qu'elles soient explicites ou détournées, sont interdits par l'article 61, § 2 de la loi du 4 avril 2014 qui limite les informations à obtenir au seul candidat-assuré<sup>115 116</sup>.

En outre, si l'assureur obtenait de telles informations, sans pour autant les demander, il ne pourrait pas en tenir compte dans l'appréciation de l'état de santé actuel du preneur d'assurance. Pour reprendre un exemple éloquent donné par C. PARIS dans son manuel, imaginons qu'Angelina Jolie souhaite souscrire une assurance en Belgique. L'assureur ne pourrait prendre en considération le fait qu'elle soit porteuse d'une mutation des gènes BRAC1 ou BRAC2<sup>117</sup>.

111. « Les données génétiques ne peuvent pas être communiquées ».

112. « L'examen médical, nécessaire à la conclusion et à l'exécution du contrat, ne peut être fondé que sur les antécédents déterminant l'état de santé actuel du candidat-assuré et non sur des techniques d'analyse génétique propres à déterminer son état de santé futur ».

113. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 875, n° 1397.

114. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », op. cit., p. 22.

115. « Ces certificats ne peuvent être remis qu'au médecin-conseil de l'assureur. Ce dernier ne peut communiquer aucune information non pertinente eu égard au risque pour lequel les certificats ont été établis ou relative à d'autres personnes que l'assuré ».

116. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 875, n° 1397 ; J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », op. cit., p. 23.

117. C. PARIS, *Manuel de droit des assurances*, op. cit., p. 145, n° 137/3.

On notera néanmoins qu'en assurance solde restant dû, la cour d'appel de Bruxelles a estimé, dans un arrêt du 29 juin 2020<sup>118</sup>, que l'interdiction de se renseigner sur des données génétiques, et par analogie l'interdiction d'employer des techniques d'analyse génétique, n'entraîne pas l'interdiction pour l'assureur de poser des questions relatives à des maladies d'origine génétiques qui se sont déjà déclarées. La cour a précisé notamment que « la SA [...] évalue l'état de santé du candidat en raison d'une maladie déclarée et non d'une prédisposition génétique dans son chef. Elle ne procède à aucune analyse d'échantillon biologique et ne collecte aucune information relative à l'état de santé des membres de sa famille. Les questions qu'elle pose n'ont pas pour effet d'obtenir des informations équivalentes à celles résultant d'une analyse génétique et ne donnent pas lieu à la communication de données génétiques au sens de l'article 58 de la loi du 4 avril 2014 ». L'on pourrait tenir le même raisonnement en assurance revenu garanti.

**Le lien avec le R.G.P.D.**<sup>119</sup>. Le droit de l'assureur de se renseigner sur son potentiel futur assuré afin d'estimer son état de santé général doit encore être mis en balance avec son droit au respect de sa vie privée<sup>120</sup> et être envisagé à l'aune des règles relatives à la protection des données à caractère personnel. On rappellera que, par principe, le R.G.P.D. prévoit, en son article 9.1, une interdiction de traitement de données personnelles concernant la santé<sup>121</sup>.

Toutefois, rien n'empêche le candidat preneur d'assurance de parler spontanément et de manière volubile de sa propre situation. En revanche, la protection de ses données personnelles telle que prévue par le R.G.P.D. et par la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel<sup>122</sup> a engendré des obligations supplémentaires dans le chef des assureurs.

118. Bruxelles, 29 juin 2020, *R.D.C.-T.B.H.*, 2021, n° 9, pp. 2004-2011.

119. Règlement (UE) n° 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive n° 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), *J.O.U.E.*, 2016, L. 119, p. 1. Pour en savoir plus au sujet de ce règlement, voy. not. A. BEELEN, « Guide pratique du RGPD », coll. Pratique du droit européen, Bruxelles, Bruylant, 2018 ; et pour le lien avec le secteur des assurances, voy. not. E. DEHARENG, « La question de la licéité des traitements de données personnelles dans le secteur de l'Assurance, ou quelles bases juridiques pour justifier les traitements de données personnelles ? », *Bull. Ass.*, 2022/1, n° 418, pp. 4-24.

120. Art. 8, Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950 et Protocole additionnel, signé à Paris le 20 mars 1952, approuvés par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955.

121. C. DEVOET, « Assurance maladie privée : questions choisies », *op. cit.*, n° 412, p. 245.

122. Loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, *M.B.*, 5 septembre 2018, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2019.

De manière générale, l'obtention d'informations dans la phase précontractuelle du contrat par l'assureur engendre nécessairement l'application du R.G.P.D. dès lors que cette phase implique la collecte de données à caractère personnel. Les données recueillies concernant la santé font partie de la catégorie des « données sensibles » et donc, celles qui nécessitent une protection accrue.

La pratique des assurances implique nécessairement le traitement<sup>123</sup> de données à caractère sensible<sup>124,125</sup>. En principe, l'article 9.1 du R.G.P.D. interdit le traitement de certaines données sensibles, en ce compris les données concernant la santé et la vie, mais également les données génétiques. Toutefois, l'article 9.2 du même règlement permet de déroger à cette interdiction dans deux hypothèses.

Premièrement, si la personne concernée a donné son consentement<sup>126</sup> explicite, l'assureur est autorisé à traiter de telles données (article 9.2, a)<sup>127</sup>. Le consentement doit être libre, spécifique, éclairé et univoque (article 7). À cet égard, la fédération européenne des assureurs (*Insurance Europe*) considère que lorsque le traitement des données sensibles est nécessaire à la conclusion ou à l'exécution du contrat d'assurance, le consentement du candidat à l'assurance à ce traitement doit être apprécié comme ayant été donné librement<sup>128,129</sup>.

Deuxièmement, le traitement est autorisé dans l'hypothèse où celui-ci est nécessaire pour l'exécution d'obligations en matière de sécurité et de protection sociales ou aux fins de la gestion d'un système de soin de santé (article 9.2, b) et h))<sup>130</sup>.

123. Tel que défini à l'article 4, 2) du RGPD.

124. Telles que définies à l'article 4, 1) du RGPD.

125. J.-M. BINON, « Assurances de personnes et protection des données personnelles : un mariage tumultueux à l'ombre du RGPD », *R.D.C.-T.B.H.*, 2012, n° 9, pp. 1949-1971.

126. Voy. au sujet du consentement : A. BEELEN, *op. cit.*, pp. 43 et s.

127. J. AMANKWAH, « In het licht van de AVG : het verwerken van bijzondere categorieën van persoonsgegevens in de verzekeringssector », *R.D.C.-T.B.H.*, 2019/2, p. 247.

128. INSURANCE EUROPE, *Insurance Europe's contribution to the Article 29 Working Party consultation on draft guidelines on consent*, 23 janvier 2018, 2.

129. En sens contraire, le groupe de travail « Article 29 », le consentement n'est libre que si l'assureur prouve que l'assuré pouvait librement retirer son consentement sans grave inconvénient. Ce groupe de travail rassemble les représentants des différentes autorités indépendantes de protection des données nationales des États de l'Union européenne. Il contribue à l'élaboration des normes, rend des avis relatifs à la protection des données dans les pays tiers, conseille la Commission. Il a été remplacé par le Comité européen de la protection des données (CEPD). Voy. A. BEELEN, « Guide pratique du RGPD », *op. cit.*, pp. 344 et 345.

130. J.-M. BINON, « Assurances de personnes et protection des données personnelles : un mariage tumultueux à l'ombre du RGPD », *op. cit.*, n° 9, p. 1961.

Le R.G.P.D. prévoit en son article 5.1, a), les principes de licéité, de loyauté et de transparence. Ceux-ci impliquent qu'une donnée à caractère sensible ne peut être traitée que dans le respect des règles applicables et ne peut être obtenue que de manière loyale. La personne doit connaître l'utilisation qui sera faite de ses données<sup>131</sup>. En vertu de l'article 5.1, c), les données recueillies doivent être pertinentes et limitées eu égard aux finalités pour lesquelles elles sont traitées<sup>132</sup>.

Les données sensibles ne peuvent être collectées que pour certaines raisons énumérées à l'article 5.1, b) du Règlement et elles ne peuvent être conservées pendant une période excédant ce qui est nécessaire aux finalités pour lesquelles elles sont collectées en vertu de l'article 5.1, e). Dans le même sens, on peut également dire que si un candidat assuré communique des informations complémentaires qu'il aurait pu taire, l'assureur ne peut les conserver si elles ne sont pas utiles aux finalités poursuivies<sup>133</sup>.

L'autorité de protection des données se montre particulièrement sévère dans l'appréciation du consentement aux diverses finalités. Dans une décision du 14 mai 2020, elle a condamné un assureur à une amende car celui-ci employait des données sensibles, notamment à des fins commerciales sans le consentement explicite des assurés<sup>134</sup>.

La cour d'appel de Bruxelles a également eu l'occasion de se prononcer dans un arrêt du 29 juin 2020<sup>135</sup>. Elle a décidé que le recours à un questionnaire médical constituait une ingérence autorisée dans la vie privée en ce qu'elle poursuivait un but légitime<sup>136</sup>. Pour les questions du questionnaire qui comprenaient les vocables « autres » ou « autres affections », la cour a décidé que l'article 5 du R.G.P.D. n'impose pas à l'assureur l'obligation d'énumérer de manière exhaustive toutes les affections qui présentent un risque accru de décès en cours de contrat pour autant que le cadre dans lequel les questions sont posées réponde à l'exigence de précision du R.G.P.D. En l'espèce, l'affaire concernait une assurance solde restant dû et la notion d'affection était définie.

131. *Ibid.*, n° 9, p. 1953.

132. *Ibid.*, n° 9, p. 1954.

133. E. DEHARENG, *op. cit.*, p. 10.

134. Pour en savoir plus, voy. le commentaire de C. DEVOET, « Assurance maladie privée : questions choisies », *op. cit.*, p. 245.

135. Bruxelles, 29 juin 2020, *R.D.C.-T.B.H.*, 2021/9, p. 2004.

136. Voy. pour ce qui concerne les intérêts légitimes : A. BEELEN, *op. cit.*, pp. 53 et s.

## §2. Les sanctions liées à la commission d'omissions et/ou inexactitudes intentionnelles

### I. La nullité du contrat et la conservation des primes pour l'assureur

**L'application du droit commun.** L'assurance revenu garanti relève du régime de droit commun en matière d'omission ou d'inexactitude intentionnelle lors de la déclaration du risque. S'applique donc également à cette catégorie d'assurance la sanction de la nullité du contrat prévue à l'article 59 de la loi du 4 avril 2014 qui est libellé comme suit : « lorsque l'omission ou l'inexactitude intentionnelles dans la déclaration induisent l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque, le contrat d'assurance est nul. Les primes échues jusqu'au moment où l'assureur a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelles lui sont dues »<sup>137</sup>.

La nullité n'est pas liée au fait que l'omission ou le mensonge soit à l'origine du sinistre ou ait eu une incidence sur celui-ci. Il faut mais suffit que l'assureur ait été induit en erreur sur les éléments d'appréciation du risque concerné par le contrat<sup>138</sup>.

En effet, « l'application des sanctions n'est pas subordonnée au fait que la circonstance tue ou incorrectement déclarée soit la cause du sinistre ou ait eu une incidence sur la survenance de celui-ci. Il suffit que l'omission ou l'inexactitude commise de mauvaise foi ait induit l'assureur en erreur sur les éléments d'appréciation du risque concerné par le contrat. L'assureur est ainsi en droit d'invoquer l'application de l'article 59 [...] indépendamment de la survenance d'un sinistre, s'il vient à prendre connaissance, en cours de contrat, d'un élément que cet assuré aurait volontairement caché ou incorrectement déclaré à la conclusion du contrat »<sup>139</sup>.

Ont, par exemple, constitué des omissions / inexactitudes intentionnelles : le fait de taire des tentatives de suicide, le fait, pour une personne frappée d'obésité, de déclarer un poids et une taille qui ne correspondait pas à la réalité, ne pas renseigner des périodes d'hospitalisation liées à des dépressions nerveuses...<sup>140</sup>

137. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 876, n° 1401.

138. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », op. cit., pp. 40 et 41.

139. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 876, n° 1401.

140. *Ibid.*, pp. 879 et 880, n° 1405.

**La sanction de la nullité.** La sanction légale est double : d'une part, le contrat est frappé de nullité avec effet rétroactif et d'autre part, l'assureur peut conserver les primes échues durant la période écoulée entre la souscription du contrat et la découverte de la supercherie.

L'assureur peut invoquer les sanctions de l'article 59 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances qu'un sinistre soit survenu ou non. Ainsi, si l'assureur apprend, à un moment donné (par exemple, à l'occasion de questions posées lors de la survenance d'un sinistre, lors d'une déclaration liée à une demande ultérieure, à une autre couverture d'assurance...) un élément que l'assuré a volontairement tronqué, caché ou tu, et s'il prouve que cela a influencé son appréciation du risque assuré dans le contrat d'assurance souscrit, il pourra invoquer la nullité de ce contrat<sup>141</sup>.

On rappellera que la nullité liée aux omissions ou inexactitudes intentionnelles est une nullité relative visant à protéger le cocontractant qu'est l'assureur. S'il le souhaite, il peut donc renoncer à invoquer cette exception, par exemple en proposant à l'assuré une adaptation du contrat d'assurance, telle une majoration de prime, voire encore une transaction (par exemple, en proposant une rupture du contrat, moyennant une intervention limitée, pour éviter un débat judiciaire)<sup>142</sup>.

**L'assureur relativement protégé.** On pointera encore le fait que l'intervention d'un intermédiaire d'assurances ou d'un médecin dans la phase de déclaration du risque ne met pas le preneur à l'abri des sanctions civiles de la nullité du contrat<sup>143</sup>. Dans un arrêt de cassation du 6 octobre 2011, notre Cour suprême a dit, à propos de l'intervention d'un courtier, « que le preneur d'assurance est personnellement tenu de déclarer lesdites circonstances à l'assureur. L'intervention d'un courtier agissant pour l'assuré ne fait, en règle, pas obstacle à la nullité du contrat d'assurance en raison d'une omission intentionnelle ou d'une fausse déclaration. [...] les juges d'appel ont décidé que, si la défenderesse avait correctement informé le courtier du fait que son fils était le conducteur principal ou l'un des conducteurs principaux du véhicule, elle ne devait plus se soucier de ce que le courtier communiquerait à la demanderesse et qu'aucune omission intentionnelle n'était donc établie. Les juges d'appel n'ont ainsi pas légalement justifié leur décision »<sup>144</sup>.

141. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 41.

142. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, *op. cit.*, p. 877, n° 1403 ; J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 41.

143. *Ibid.*, p. 41.

144. Cass. 1<sup>re</sup> ch., 6 octobre 2011, C.10.0600.N.

Ainsi, et raisonnant par analogie, même si l'assureur a sollicité des examens médicaux ou s'est fait assister d'un médecin-conseil, il conserve la possibilité d'invoquer la nullité du contrat si des éléments tus ou incorrectement déclarés sont découverts *a posteriori*<sup>145</sup>.

Le fait que l'assureur ait encore perçu des primes après avoir pris connaissance de l'omission ou de l'inexactitude intentionnelle ne peut être interprété comme une renonciation de sa part à se prévaloir de la nullité du contrat<sup>146</sup>.

## II. La charge probatoire

### A. À qui incombe la charge de la preuve ?

L'assureur supporte le fardeau probatoire. L'assureur qui entend se prévaloir de la sanction de l'article 59 de la loi du 4 avril 2014 pour refuser sa garantie (et conserver les primes) doit prouver l'existence de l'élément non déclaré ou mensonger mais aussi que cet élément était, pour lui, un facteur d'appréciation du risque. Il doit également rapporter la preuve que l'assuré en avait connaissance et qu'il devait considérer cet élément comme important pour l'assureur<sup>147</sup>.

Pour le dire autrement, l'assureur doit établir que ce qui est reproché à l'assuré relève de la mauvaise foi et non d'une simple faute, d'un simple oubli ou d'une négligence<sup>148</sup>.

L'assureur doit ensuite prouver que l'information tue ou non déclarée préalablement à la conclusion du contrat a influencé son appréciation du risque à tel point que, s'il en avait eu connaissance, il n'aurait, soit pas conclu le contrat du tout, ou alors il l'aurait conclu à d'autres conditions (contractuelles et/ou tarifaires)<sup>149</sup>.

### B. Le nouveau droit de la preuve : un possible déplacement du curseur probatoire

Le nouveau droit de la preuve et l'éventuel déplacement du curseur probatoire : la faculté de rétablir l'équilibre. L'assureur peut désormais demander, par exemple, la production des certificats médicaux qui pourraient lui permettre de prouver la mauvaise foi de l'assuré à la suite de la

145. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 42.

146. *Ibid.*, p. 41 ; J.P. Tournai, 8 janvier 2003, *Bull. Ass.*, 2006, pp. 57 et s., obs. J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT.

147. J.-M. BINON, « Développements nouveaux sur la déclaration du risque dans les assurances de personnes », *op. cit.*, p. 42.

148. *Ibid.*, p. 43.

149. *Ibid.*, p. 43.

réforme du droit de la preuve. En effet, l'article 8.4 du Code civil (nouvelle mouture de l'article 1315 de l'ancien Code civil) prévoit, « en réponse aux remarques du Conseil d'État, le principe de collaboration des parties à l'administration de la preuve qui est reconnu par la Cour de cassation comme un principe général de droit est inséré à l'alinéa 3. Ce devoir de collaboration s'applique, à notre estime, même en l'absence d'injonction du juge. Il s'agit d'un véritable devoir de "coopération à la manifestation de la vérité" qui prend place avant que n'opère la charge de la preuve »<sup>150</sup>.

Le juge pourrait donc contraindre l'assuré à communiquer toutes les informations utiles en sa possession dès lors qu'eu égard à l'article 8.4, alinéa 5 du Code civil, le juge peut déterminer, par un jugement spécialement motivé qui supporte la charge de la preuve. Il peut faire usage de cette faculté, notamment, à la condition qu'il ait ordonné toutes les mesures d'instruction utiles et veillé à ce que les parties collaborent à l'administration de la preuve, sans pour autant avoir obtenu de preuve suffisante<sup>151</sup>.

En d'autres termes, il pourrait condamner un assuré à produire tous les éléments en sa possession, et l'incriminant, et ce, au profit de l'assureur qui n'en dispose pas.

150. F. GEORGES, « Le nouveau droit de la preuve. Quand le huitième wagon devient locomotive ! », *J.T.*, 2019, n° 6786, p. 640, n° 14.

151. Pour en savoir plus à cet égard et sur les balises, voy. not. F. GEORGES, *op. cit.*, pp. 641 et s., n°s 15 et s ; J. BAECK, « Boek 8 "Bewijs" : het eerste boek van het nieuw Burgerlijk Wetboek », *R.W.*, 2019-2020/29, pp. 1123-1141 ; M. FONTAINE, « Réformes du droit de la preuve et droit des assurances », *For. ass.*, n° 196, septembre 2022, pp. 113-118.

### §3. La sanction liée aux omissions et/ou inexactitudes non intentionnelles

#### I. Le principe en matière d'omissions et/ou inexactitudes non intentionnelles

**Les omissions et inexactitudes non intentionnelles.** L'article 60 de la loi du 4 avril 2014<sup>152</sup> prévoit le régime applicable en cas d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans le chef du preneur et préalables à la souscription du contrat<sup>153</sup>.

Dans un premier temps, au § 1<sup>er</sup> de cet article, est envisagée l'adaptation du contrat et ses corollaires.

152. « § 1<sup>er</sup>. Lorsque l'omission ou l'inexactitude dans la déclaration ne sont pas intentionnelles, le contrat n'est pas nul.

L'assureur propose, dans le délai d'un mois à compter du jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude, la modification du contrat avec effet au jour où il a eu connaissance de l'omission ou de l'inexactitude.

Si l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque, il peut résilier le contrat dans le même délai.

Si la proposition de modification du contrat est refusée par le preneur d'assurance ou si, au terme d'un délai d'un mois à compter de la réception de cette proposition, cette dernière n'est pas acceptée, l'assureur peut résilier le contrat dans les quinze jours.

L'assureur qui n'a pas résilié le contrat ni proposé sa modification dans les délais indiqués ci-dessus ne peut plus se prévaloir à l'avenir des faits qui lui sont connus.

§ 2. Si l'omission ou la déclaration inexacte ne peut être reprochée au preneur d'assurance et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, l'assureur doit fournir la prestation convenue.

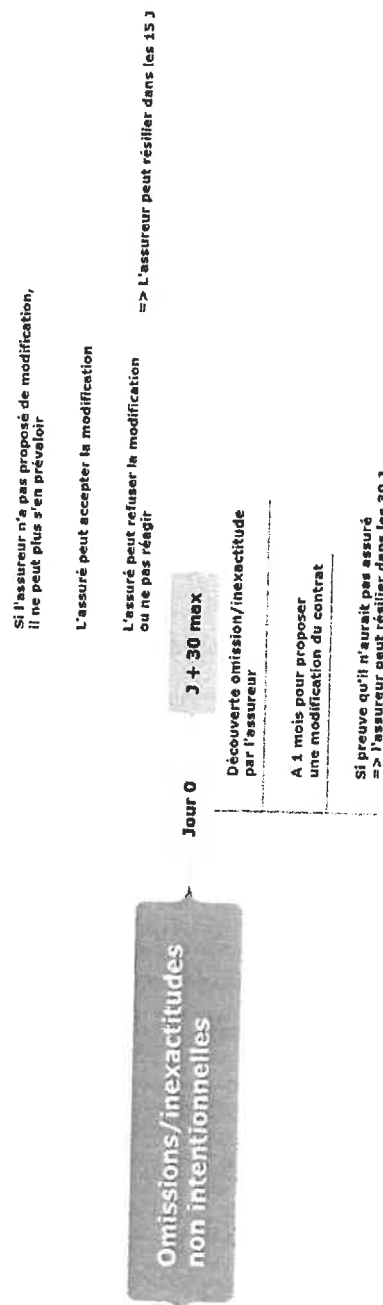
§ 3. Si l'omission ou la déclaration inexacte peut être reprochée au preneur d'assurance et si un sinistre survient avant que la modification du contrat ou la résiliation ait pris effet, l'assureur n'est tenu de fournir une prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré le risque.

Toutefois, si lors d'un sinistre, l'assureur apporte la preuve qu'il n'aurait en aucun cas assuré le risque dont la nature réelle est révélée par le sinistre, sa prestation est limitée au remboursement de la totalité des primes payées.

§ 4. Si une circonstance inconnue des deux parties lors de la conclusion du contrat vient à être connue en cours d'exécution de celui-ci, il est fait application de l'article 80 ou de l'article 81 suivant que ladite circonstance constitue une diminution ou une aggravation du risque assuré ».

153. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 881, n° 1409.

La situation peut être schématisée comme suit :



Dans le § 2, est abordée la survenance d'un sinistre si l'omission ou inexactitude ne peut être reprochée au preneur d'assurance alors que la modification proposée ou la résiliation n'ont pas encore sorti leurs effets. Dans ce cas, l'assureur doit fournir la prestation convenue.

Au § 3, est envisagée la problématique de la survenance d'un sinistre selon que l'omission ou inexactitude peut être reprochée<sup>154</sup> au preneur et que la modification proposée ou la résiliation n'ont pas encore sorti leurs effets. L'assureur interviendra selon l'application d'une règle proportionnelle<sup>155</sup> ou il peut se contenter de rembourser les primes encaissées depuis la souscription du contrat s'il peut démontrer qu'il n'aurait jamais assuré le risque.

## II. La dérogation en matière d'omissions et/ou inexactitudes non intentionnelles : l'incontestabilité du contrat

Une immunité active après un délai de deux ans. L'article 205 de la loi du 4 avril 2014 prévoit une dérogation à l'article 60 visé ci-dessus en matière d'omissions et/ou inexactitudes non intentionnelles, à savoir un régime d'incontestabilité différée<sup>156</sup>.

Ainsi, dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de l'entrée en vigueur du contrat, l'assureur ne peut plus invoquer l'application de l'article 60 en ce qui concerne les omissions ou inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, lorsqu'elles se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat et qui n'a pas été diagnostiquée dans le même délai de deux ans<sup>157</sup>.

Une atteinte cachée. L'assureur ne peut pas invoquer une omission ou inexactitude non intentionnelle lorsque la maladie ou l'affection ne s'était encore manifestée en aucune manière au moment de la conclusion du contrat d'assurance. Pourrait-on d'ailleurs parler d'omission ou d'inexactitude non intentionnelle alors que l'assuré ou le preneur d'assurance ne se doutait absolument de rien ? Poser la question, c'est déjà y répondre !

154. On s'interroge sur le reproche qui pourrait être formulé au preneur alors que l'on se situe dans un cadre « non intentionnel »...

155. C.-à-d. « le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer s'il avait régulièrement déclaré le risque ».

156. C. PARIS, *Manuel de droit des assurances*, op. cit., p. 529, n° 543 ; J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 882, n° 1411.

157. J.-M. BINON, *Droit des assurances de personnes. Aspects civils, techniques et sociaux*, op. cit., p. 883, n° 1412.

### Section 3. Le cumul de l'assurance revenu garanti avec d'autres catégories d'assurances

#### §1. L'autorisation ou l'interdiction du cumul : une géométrie variable

**Le cumul des garanties.** On sait qu'un assuré peut cumuler le bénéfice d'assurances à caractère forfaitaire, ou le bénéfice d'assurances à caractère forfaitaire et indemnitaire. Le cumul des garanties d'assurance à caractère indemnitaire est, par contre, interdit<sup>158, 159</sup>.

Il est néanmoins logique que si, en principe, un assuré est autorisé à cumuler des prestations d'assurance de divers contrats à caractère forfaitaire, ou de contrats à caractère forfaitaire et indemnitaire, les assureurs veillent, en cas de pluralité de contrats qui couvrent un même risque, à s'informer quant à l'existence et la portée de ceux-ci. Le but évident de cette collecte d'informations est d'éviter les tentatives de fraude ou de sinistre intentionnel<sup>160</sup>.

*Exemple : Au cours de la police, nous devons être mis au courant par écrit dans un délai de 30 jours : [...]*

- de l'existence d'une autre police souscrite au nom de l'assuré offrant une garantie similaire en cas d'une incapacité de travail

#### §2. Le « cumul » de l'assurance revenu garanti avec une assurance individuelle « accidents de la vie privée »

**Le « cumul » autorisé avec une assurance accidents de la vie privée.** Une assurance accidents de la vie privée garantit le paiement des prestations prévues dans la police si un accident corporel survient à un assuré dans le cadre de sa vie privée. Une intervention de l'assureur peut avoir lieu en cas de décès, en cas d'incapacité partielle ou totale, temporaire ou permanente. La prise en charge de frais de soins de santé peut également être prévue<sup>161</sup>.

158. Le cumul d'assurances à caractère indemnitaire et forfaitaire est autorisé par l'article 94 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, *op. cit.* : « Sauf convention contraire, les prestations dues en exécution d'un contrat d'assurance à caractère indemnitaire ne sont pas diminuées des prestations dues en exécution d'un contrat d'assurance à caractère forfaitaire ». La mention « sauf convention contraire » doit attirer l'attention sur le fait que cette disposition revêt un caractère supplétif et que les parties sont donc autorisées à y déroger.

159. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, p. 105, n° 285.

160. *Ibid.*, p. 105, n° 287.

161. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 157.

Dans le cadre d'un contrat d'assurance accidents de la vie privée, il est fréquent que la garantie principale, qu'elle soit liée au décès ou à l'incapacité permanente de l'assuré, soit à caractère forfaitaire alors que certaines garanties secondaires, comme celle liée à des frais médicaux, présentent un caractère indemnitaire<sup>162</sup>.

Dès lors que l'assureur interviendrait de manière forfaitaire, sous la forme du versement d'un capital, il n'y a pas de difficulté à « cumuler » ce type d'indemnisation avec les rentes versées dans le cadre d'une assurance revenu garanti<sup>163</sup>. Elle peut d'ailleurs être souscrite en même temps qu'une assurance revenu garanti, selon le type de produit qui est choisi.

*Exemple : Les Conditions Particulières reprennent la formule que vous avez choisie. Cette formule est :*

- soit maladie et accident ;
- soit maladie et accident dans la vie privée ;
- soit maladie.

Le mot « cumul » est indiqué entre guillemets car la garantie d'assurance « accidents de la vie privée » existe généralement dans le cadre d'une extension de l'assurance revenu garanti elle-même, qui peut comprendre aussi les accidents. En d'autres termes, l'assurance des accidents de la vie privée est alors, soit comprise, soit exclue, dans le cadre du même contrat d'assurance revenu garanti.

Il peut néanmoins exister, à côté de l'assurance revenu garanti, des assurances accidents individuelles ou collectives, qui relèvent de la branche 1 (branche « accident »). La garantie liée à l'invalidité suite à un accident, dans une assurance revenu garanti, relève de la branche 2 (branche « maladie ») et constitue une extension comprise dans le contrat, qui relève alors de la législation sur l'assurance maladie.

Si une garantie est prévue pour la prise en charge des frais médicaux, cette assurance des frais médicaux en cas d'accidents fait seulement partie, le cas échéant, des assurances accidents souscrites en branche 1 *en dehors* de l'assurance revenu garanti (voy. point suivant).

162. C. DEVOET, *Les assurances de personnes, op. cit.*, p. 101, n°s 278 et 279.

163. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 157.

### §3. Le cumul de l'assurance revenu garanti avec une assurance de « frais médicaux »

Le cumul autorisé avec une assurance de frais médicaux. Une assurance de « frais médicaux » présente nécessairement un caractère indemnitaire dès lors que l'objet de l'assurance vise à ce que l'assureur rembourse les frais médicaux pris en charge par l'assuré<sup>164</sup>.

Il n'y a pas de difficulté à cumuler cette catégorie d'assurance avec une couverture revenu garanti, les objets et garanties étant distincts. Il ne serait, par contre, pas permis de cumuler une telle garantie avec une couverture complémentaire relative à la prise en charge des frais médicaux dans un pack d'assurance revenu garanti étant donné que le cumul d'assurances à caractère indemnitaire est interdit en vertu de l'article 94 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

### §4. Le cumul de l'assurance revenu garanti avec une assurance hospitalisation

Le cumul autorisé avec une assurance hospitalisation. Une assurance hospitalisation vise « le remboursement des frais de l'hospitalisation, après intervention de la mutuelle [...], dans la limite du montant assuré, et parfois sous déduction d'une franchise »<sup>165</sup>.

Une assurance hospitalisation présente nécessairement un caractère indemnitaire dès lors que l'objet de l'assurance vise à ce que l'assureur rembourse les frais médicaux effectivement facturés à l'assuré<sup>166</sup>. Ainsi, l'assurance hospitalisation a pour objet l'indemnisation du dommage causé au patrimoine de l'assuré par le fait des décaissements liés aux frais d'hospitalisation mais également, aux frais ambulatoires résultant d'une hospitalisation (même immédiatement antérieurs ou postérieurs) ayant nécessité une hospitalisation<sup>167</sup>.

« L'hospitalisation s'entend d'un séjour en institution hospitalière pour au moins une nuit. Toutefois, un séjour sans nuitée sera généralement couvert dans le cadre d'interventions chirurgicales bénignes ou de traitements qui ne peuvent avoir lieu qu'en milieu hospitalier »<sup>168</sup>.

164. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 99, n° 274 ; J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », op. cit., p. 359, n° 718.

165. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 143, n° 393.

166. *Ibid.*, p. 99, n° 274 ; J.-L. FAGNART, « Assurances indemnitaires et assurances forfaitaires », op. cit., p. 359, n° 719.

167. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 99, n° 274 et p. 144, n° 395.

168. *Ibid.*, p. 143, n° 394.

Dès lors que l'assurance revenu garanti n'a absolument pas le même objet qu'une assurance hospitalisation, il n'y a aucune difficulté à cumuler les deux types de garanties à moins qu'une intervention de l'assureur est prévue, dans le cadre de chaque couverture, pour la prise en charge des frais. Alors, un cumul ne pourra pas s'opérer, ce type de couverture étant indemnitaire. Le cumul d'assurances à caractère indemnitaire est interdit en vertu de l'article 94 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances.

#### Section 4. Le recours subrogatoire de l'assureur revenu garanti

##### §1. L'assureur revenu garanti bénéficie-t-il d'un recours subrogatoire ?

L'importance de la catégorie du type d'intervention. Tout dépend de la qualification qui va être apportée à la prestation de l'assureur et de ce qui est prévu dans le contrat, pour les garanties de type forfaitaire.

Dans le cadre des assurances à caractère indemnitaire, la subrogation légale est prévue par l'article 95, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi du 4 avril 2014<sup>169</sup>. Elle est applicable au profit de l'assureur qui a réparé le dommage à l'encontre du tiers responsable, ou de son assureur de la responsabilité. Bien évidemment, le droit de subrogation ne joue qu'à concurrence des décaissements de l'assureur<sup>170</sup>.

Le droit de subrogation de l'assureur étant balisé par les droits et actions de l'assuré, le tiers responsable, ou son assureur de la responsabilité, pourra opposer à l'assureur subrogé tous les moyens de défense et toutes les exceptions qu'il aurait pu opposer à l'action personnelle de la victime<sup>171</sup>.

En revanche, si l'on doit considérer que la prestation de l'assureur revenu garanti est à caractère forfaitaire, celui-ci ne bénéficie pas d'un droit de subrogation légale<sup>172</sup>. Cependant, une convention prévoyant la subrogation demeure possible tenant compte du libellé de l'article 94 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances<sup>173</sup>.

169. « L'assureur qui a payé l'indemnité est subrogé, à concurrence du montant de celle-ci, dans les droits et actions de l'assuré ou du bénéficiaire contre les tiers responsables du dommage ».

170. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 103, n° 283.

171. *Ibid.*, p. 104, n° 183.

172. Tel que prévu à l'article 103 de la loi du 4 avril 2014 relative aux assurances, op. cit. : « Sauf convention contraire, l'assureur qui a exécuté les prestations assurées n'est pas subrogé contre les tiers dans les droits du preneur d'assurance ou du bénéficiaire » même s'il peut être dérogé à cette disposition.

173. C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, op. cit., p. 105, n° 285.

**Exemple :**

*Tout preneur d'assurance et/ou la personne assurée et/ou le(s) bénéficiaire(s) pouvant prétendre à la réparation d'un dommage, subroge l'assureur dans ses droits et actions, dans la mesure de ses prestations et dans la mesure de la responsabilité du tiers. En cas de responsabilité partagée, l'assureur exercera le recours à concurrence de la partie de ses débours correspondant à la partie de la responsabilité mise à la charge du tiers.*

*Le preneur d'assurance et/ou la personne assurée et/ou le(s) bénéficiaire(s) ne peu(ven)t renoncer à un recours sans accord, écrit préalable de l'assureur.*

*À la demande de l'assureur, ils réitéreront cette subrogation par un acte séparé.*

## **§2. L'assureur revenu garanti subrogé et l'assureur maladie-invalidité**

Le type d'intervention fournie par l'assureur maladie-invalidité<sup>174</sup>. La mutuelle veille au versement d'une indemnité forfaitaire au vu des règles applicables en matière de sécurité sociale des travailleurs indépendants<sup>175</sup>. Ce que la mutuelle verse n'est bien évidemment pas indemnisé par l'assureur revenu garanti, afin d'éviter une surindemnisation. On rappellera que l'intervention de la mutuelle est subordonnée à la condition que l'indépendant soit en ordre de paiement des cotisations sociales<sup>176</sup>.

Parmi les périodes durant lesquelles la mutuelle est susceptible d'intervenir, il faut en distinguer deux :

- une période d'incapacité primaire, soit durant laquelle l'indépendant a cessé toute activité professionnelle, qui prend cours dès le deuxième mois d'incapacité de travail et se termine à la date anniversaire du début de l'incapacité (attention : une rechute après un délai de 14 jours implique le début d'une nouvelle période d'incapacité primaire) ;

et

- une autre période, qui court à partir de la deuxième année de l'incapacité de travail jusqu'à l'âge de la retraite, période durant laquelle l'indépendant reçoit une indemnité d'invalidité<sup>177</sup>.

Le devoir d'information de l'assureur maladie-invalidité<sup>178</sup>. On ne rappellera jamais assez que tant la victime d'un accident que l'assureur de la

174. Pour en savoir plus sur toutes les facettes des interventions, recours... des mutuelles, il est fait renvoi à la contribution d'A. GILLE et de Q. ALALUF dans le présent ouvrage.

175. A. VIGNEUL, « Les assurances revenu garanti et soins de santé », *op. cit.*, p. 147.

176. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 195, n° 2.

177. *Ibid.*, p. 195, n° 3 et 4.

178. = « la mutuelle ».

responsabilité tenu à la réparation du dommage, ont l'obligation d'informer la mutuelle des éléments lui permettant de mettre en œuvre son droit de subrogation et ce, conformément aux articles 136, § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994<sup>179</sup> et 295, § 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de cette même loi<sup>180,181</sup>.

Le plus souvent, pour la victime, cette déclaration se fait par le biais du formulaire de déclaration d'accident. Cette démarche, généralement accomplie par la victime pour obtenir une indemnisation de la part de sa mutuelle, informe cet organisme de son droit de recours éventuel contre le tiers responsable, ou contre son assureur<sup>182</sup>.

**L'intervention « par défaut » et provisionnelle de la mutuelle.** L'article 136, § 2, alinéa 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994<sup>183</sup> précise que les prestations de la mutuelle sont octroyées en attendant que le dommage soit effectivement réparé en vertu d'une autre législation (belge ou étrangère) tenant compte du droit commun. Pour le dire autrement, les prestations de la mutuelle sont versées à titre provisionnel en attendant la réparation effective par le responsable et/ou par son assureur<sup>184</sup>.

Durant la période de carence afférente à l'assurance privée revenu garanti (voy. *supra*, p. 170), qui peut varier selon les termes du contrat, l'assureur n'interviendra pas bien que l'indépendant soit en incapacité de travail. Ce dernier peut néanmoins percevoir une indemnisation de sa mutuelle, pour laquelle il existe également un délai de carence mais pour une durée limitée de 7 jours<sup>185</sup>. Cela implique qu'à partir du 8<sup>e</sup> jour d'incapacité jusqu'au moment où l'assureur privé revenu garanti effectue le premier versement de la rente convenue, l'indépendant sera indemnisé par sa mutuelle.

**Le droit de subrogation de la mutuelle.** Il est acquis que la mutualité est subrogée, eu égard à l'article 136, § 2, alinéa 4 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994<sup>186</sup>

179. *M.B.*, 27 août 1994.

180. Arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, *M.B.*, 31 juillet 1996.

181. Pour en savoir plus sur les relations entre la mutuelle, le(s) débiteur(s) de la réparation et la victime, voy. l'excellente contribution d'A. GILLES, « L'assurance et la victime face à la mutualité », in I. LUTTE (dir.), *États généraux du droit médical et du dommage corporel*, Limal, Anthemis, 2016, pp. 159-185.

182. *Ibid.*, p. 161.

183. *Ibid.*

184. A. GILLES, « L'assurance et la victime face à la mutualité », *op. cit.*, p. 164.

185. Loi du 22 mai 2019 modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants, en vue de supprimer la période de carence, *op. cit.*

186. *Ibid.*

tenant compte de plusieurs limites (du dommage de la victime fixé en droit commun et eu égard aux décaissements effectués)<sup>187</sup>, à l'encontre du responsable ou de son assureur<sup>188</sup>. Celle-ci bénéficie d'un droit de subrogation légale dans ses décaissements mais ce droit n'emporte pas de privilège qui lui permettrait de se faire rembourser en priorité par rapport aux assureurs privés.

À toutes fins, on rappellera que dans un arrêt du 18 janvier 2021, notre Cour de cassation a consacré l'absence de recours direct de la mutuelle sur la base de l'article 1382 de l'ancien Code civil en rappelant que l'article 136, § 2, alinéa 4, « dispose que l'organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire et que cette subrogation vaut à concurrence du montant des prestations octroyées pour la totalité des sommes qui sont dues en vertu d'une législation belge, d'une législation étrangère ou du droit commun et qui répare partiellement ou totalement le dommage visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>. Il se déduit de cet article que l'organisme assureur ne subit pas de dommage propre mais ne fait qu'exécuter une obligation légale en réglant les indemnités à l'assuré social. Ce faisant, n'exécutant qu'une obligation légale, il n'y a pas de dommage réparable même si la subrogation peut signer la rupture de causalité »<sup>189</sup>.

## Section 5. La question du régime fiscal<sup>190</sup>

### §1. Les primes d'assurance en cas de déductibilité des frais réels

**La taxation des primes d'assurance.** Pour mémoire, on notera qu'il existe une taxe annuelle due sur toutes les opérations d'assurance lorsque

187. Pour en savoir plus, voy. A. GILLES, « L'assurance et la victime face à la mutualité », *op. cit.*, pp. 167-175.

188. N. SIMAR et B. DEVOS, note sous Cass. (3<sup>e</sup> ch.), 18 janvier 2021, « L'assureur maladie-invalidité – absence de recours direct », *J.L.M.B.*, 2021/22, p. 979 ; A. GILLES, « L'assurance et la victime face à la mutualité », *op. cit.*, p. 164.

189. N. SIMAR et B. DEVOS, note sous Cass. (3<sup>e</sup> ch.), 18 janvier 2021, « L'assureur maladie-invalidité – absence de recours direct », *op. cit.*, p. 980.

190. Le régime fiscal, particulièrement complexe et qui a fait l'objet d'une évolution chaotique, sera survolé très brièvement dès lors que cette matière est abordée par E. CECI dans le présent ouvrage. Il y est donc fait renvoi. Le lecteur, pour aller plus loin, peut aussi consulter : J.-P. BOURS et F. DELOBBE, « Le régime fiscal des indemnités versées en réparation d'un préjudice corporel », éd. du Jeune Barreau de Liège, 1996, pp. 67-115 ; J. THILMANY, « Le caractère imposable des indemnités réparant les conséquences d'une incapacité de travail », in X. PARENT (coord.), *Droit fiscal. Fiscalité directe des indemnités et des revenus de remplacement*, CUP, vol. XIV, février 1997, pp. 57-77 ; J.-P. BOURS et F. DELOBBE, « Illustration des principes et applications pratiques en matière d'incapacité temporaire et permanente de travail », in X. PARENT (coord.), *Droit fiscal. Fiscalité directe des indemnités et des revenus de remplacement*, CUP vol. XIV, février 1997, pp. 79-119 ; C. DEVOET, « Le traitement fiscal des indemnités d'assurance incapacité de travail. De discriminations en discriminations », *Bull. Ass.*, 2005, n° 351, pp. 229-250 ; C. DEVOET, obs. sous Cass., 12 novembre 2009, « La Cour de cassation et la fiscalité de l'assurance "revenu

le risque assuré est situé en Belgique. Le tarif normal est de 9,25 %, mais certains autres tarifs peuvent s'appliquer, lesquels varient selon la nature des opérations d'assurance. En assurance revenu garanti, la taxe annuelle est fixée au taux de 9,25 %<sup>191</sup>.

**Les primes d'assurance : 100 % déductibles en frais professionnels.**  
Comme leur nom l'indique, les frais professionnels consistent en les dépenses liées à l'exercice de la profession de la personne concernée. Ils sont entièrement déductibles et leur montant total est déduit du chiffre d'affaires du professionnel concerné (personne physique ou société), de sorte que le montant restant, soit le revenu net sur lequel les impôts sont calculés, diminue. Pour le dire simplement, plus on déduit de frais, plus le revenu imposable se réduit, par effet de vases communicants.

Pour pouvoir être déduits, les frais doivent être en rapport avec l'activité professionnelle exercée, être nécessaires pour faire fonctionner l'entreprise ou permettre l'accomplissement de la profession, être prouvés au moyen de factures ou de reçus de TVA, avoir été déboursés et pris en compte au cours de l'année durant laquelle ils sont déduits des revenus professionnels.

Les dépenses purement privées sont exclues alors que des dépenses mixtes professionnelles sont prises en compte au prorata de la partie en rapport avec l'activité professionnelle.

Plus précisément, conformément à l'article 52, 10° du CIR 92<sup>192</sup>, « sont déductibles à titre de frais professionnels, les primes d'assurance versées par un contribuable en vue de bénéficier d'une indemnité en complément aux allocations légales en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie et d'invalidité ». C'est donc le cas des primes payées dans le cadre d'une assurance revenu garanti<sup>193</sup>.

**Le cas de l'indépendant œuvrant en société.** Lorsque l'assurance revenu garanti a été souscrite sous la forme d'une assurance dirigeant d'entreprise,

garanti" : une jurisprudence qui pose question », *Bull. Ass.*, 2010, n° 371, pp. 237-242 ; C. DEVOET, « Le fondement de l'imposition des indemnités d'incapacité de travail », *Bull. Ass.*, 2010, n° 373, pp. 396-409.

191. C. DEVOET, « L'assurance revenu garanti : tour d'horizon », *op. cit.*, p. 221, n° 89. Des informations claires, complètes et à jour peuvent être obtenues sur le site du SPF Finances : <https://finances.belgium.be/fr/entreprises/autres-taxes/pour-organismes-financiers-et-compagnies-assurance/taxe-annuelle-sur-les-operations-assurance>.

192. « Sous réserve des dispositions des articles 53 à 66bis, constituent notamment des frais professionnels : [...]

10° les cotisations en vue de bénéficier d'une indemnité en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie et d'invalidité ».

193. J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Assurances de risque décès, accident et incapacité de travail. Synthèse du régime fiscal », *op. cit.*, p. 37 ; C. DEVOET, *Les assurances de personnes*, *op. cit.*, pp. 645 et 646, n° 1746.

les primes d'assurance sont déductibles au titre de dépenses professionnelles<sup>194</sup>. En effet, sont notamment considérées comme des frais professionnels, les cotisations et primes patronales qui ont été versées en exécution « d'un engagement collectif ou individuel qui doit être considéré comme un complément aux indemnités légales en cas de décès ou d'incapacité de travail par suite d'un accident du travail ou d'un accident ou bien d'une maladie professionnelle ou d'une maladie »<sup>195</sup>.

Une circulaire du 20 mai 2010<sup>196</sup> est venue apporter des précisions concernant le régime fiscal en distinguant les assurances visant à compenser une perte de revenus et les assurances destinées à couvrir une invalidité physiologique et/ou économique. Il est précisé que « les engagements par lesquels le droit à l'indemnité est fixé d'après le pourcentage d'incapacité physiologique et/ou économique, sans qu'il ne ressorte des termes de l'engagement qu'il a pour but de compenser une perte (totale ou partielle) de revenus » sont des types d'assurance qui ne vise pas à compenser cette dernière. Les primes ne sont donc pas déductibles et les prestations ne sont pas imposables<sup>197</sup>.

« Pour les assureurs, cette vision de l'administration fiscale était infondée, dès lors que l'intention tant du preneur d'assurance que de l'entreprise d'assurances lors de la souscription d'un tel contrat était bien de compenser totalement ou partiellement une perte de revenus. Assuralia et l'administration ont, dès lors, convenu du maintien de la déduction des primes d'assurance collective couvrant l'incapacité de travail, pour autant qu'il soit stipulé explicitement dans le contrat d'assurance que celui-ci vise à couvrir une perte de revenus. [...] les primes patronales [...] [sont restées] déductibles et les prestations éventuelles, imposables »<sup>198</sup>.

Dans le chef de l'entreprise, eu égard à l'application de l'article 59, § 1<sup>er</sup>, du C.I.R. 92, « § 1<sup>er</sup>. Les cotisations et primes patronales visées à l'article 52, 3<sup>o</sup>, b, ne sont déductibles à titre de frais professionnels qu'aux conditions et dans les limites suivantes :

1<sup>o</sup> il faut qu'elles soient versées à titre définitif à une entreprise d'assurance, à une institution de prévoyance ou à une institution de retraite professionnelle établie dans un état membre de l'Espace économique européen ; [...]

194. Art. 49, CIR 92 ; J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Assurances de risque décès, accident et incapacité de travail. Synthèse du régime fiscal », *op. cit.*, p. 45.

195. Art. 52, 3<sup>o</sup>, b), 4<sup>e</sup> tiret, C.I.R.92.

196. Circulaire n<sup>o</sup> Ci.RH.332/583.327 (AFER N<sup>o</sup> 42/2010) dd 20.05.2010, [www.fisconetplus.be](http://www.fisconetplus.be).

197. J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Assurances de risque décès, accident et incapacité de travail. Synthèse du régime fiscal », *op. cit.*, 2013, pp. 41 et 42.

198. *Ibid.*, p. 42.

3° les prestations légales et complémentaires en cas d'incapacité de travail, exprimées en rentes annuelles, ne peuvent excéder la rémunération brute annuelle normale [...] ».

## §2. Les primes d'assurance en cas de déductibilité d'un forfait dans le cadre de l'exercice d'une profession libérale

**Pas de déductibilité des primes d'assurance, mais...** Les titulaires d'une profession libérale peuvent opter pour une déduction forfaitaire de leurs frais. La déduction forfaitaire est calculée sur le revenu brut, diminué des cotisations sociales. Il est mathématique que, plus le chiffre d'affaires est élevé, plus le pourcentage de la déduction le sera également. L'avantage du système est que rien ne doit être prouvé par le contribuable et qu'il n'est donc pas utile pour lui de conserver les reçus, tickets... Cela dit, chaque avantage a son inconvénient, à savoir que le forfait est souvent inférieur aux frais professionnels réellement exposés<sup>199</sup>.

Une évidence apparaît : puisque le professionnel aura opté pour un système de déduction forfaitaire, les primes qu'il aura payées dans le cadre de son assurance revenu garanti ne pourront pas être déduites de ses frais professionnels dès lors qu'il est limité à la déduction du seul forfait.

199. « Les frais sont calculés sur la base des pourcentages exprimés dans le tableau suivant (exercice d'imposition 2022) :

| Revenu brut                        | Pourcentage                      |
|------------------------------------|----------------------------------|
| Jusqu'à 6 250 euros                | 28,70 % (maximum 1 793,75 euros) |
| De 6 250 à 12 430 euros            | 10 % (maximum 618 euros)         |
| De 12 430 à 20 680 euros           | 5 % (maximum 412,50 euros)       |
| De 20 680 à 70 538,16 euros        | 3 % (maximum 1 495,74 euros)     |
| <b>Total maximum : 4 320 euros</b> |                                  |

Voy. <https://www.acerta.be/fr/independants/themes-et-dossiers/entreprendre/frais-professionnels-deductibles>, consulté pour la dernière fois le 10 juillet 2022. »

### §3. La taxation de la rente versée par l'assureur

La taxation de la rente versée par l'assureur pour un indépendant exerçant en personne physique. Le principe est celui de l'imposition des prestations qui consiste en :

- « des "revenus de remplacement"<sup>200</sup>, c'est-à-dire qui interviennent dans le cadre d'une perte provisoire de bénéfices<sup>201</sup>, de profits<sup>202</sup> ou de rémunérations pour un salarié<sup>203</sup> ou un indépendant<sup>204</sup> ;
- des "revenus de pension"<sup>205</sup> parmi lesquels on retrouve les prestations constituant une réparation totale ou partielle d'une perte permanente de bénéfices, profits ou rémunérations.

Une controverse existe quant à savoir s'il y a ou non réparation d'une perte de revenus.

On peut résumer le cadre légal et l'interprétation jurisprudentielle de la Cour constitutionnelle et de la Cour de cassation comme suit :

- imposition des indemnités temporaires si elles réparent une perte provisoire de revenus professionnels ;
- imposition des indemnités réparant une perte permanente de revenus professionnels, c'est-à-dire dès lors que les indemnités perçues en vertu d'une assurance revenu garanti à la suite d'une invalidité permanente :
  - o soit compensent une perte effective de revenus,
  - o soit ont un lien avec l'activité professionnelle,
  - o soit ont été financés par des primes qui ont été fiscalement déduites des revenus professionnels »<sup>206</sup>.

En matière d'assurance revenu garanti, il n'est jamais retenu de précompte professionnel. Les assureurs sont simplement tenus d'établir une fiche d'informations qu'ils transmettent à l'administration fiscale.

On notera néanmoins, pour ce qui concerne l'indemnité d'assurance versée dans le cadre d'une garantie « accident corporel », que l'article 38, § 1<sup>er</sup>, 8° du CIR 92 prévoit expressément une exonération fiscale pour « les allocations obtenues en exécution d'un contrat d'assurance individuelle

200. Art. 34, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>°bis</sup>, C.I.R. 92.

201. Art. 25, 6°, b), C.I.R. 92.

202. Art. 27, al. 2, 4°, C.I.R. 92.

203. Art. 31, al. 2, 4°, C.I.R. 92.

204. Art. 32, al. 2, 2°, C.I.R. 92.

205. Art. 34, § 1<sup>er</sup>, 1°, C.I.R. 92.

206. J.-Ch. ANDRÉ-DUMONT, « Assurances de risque décès, accident et incapacité de travail. Synthèse du régime fiscal », *op. cit.*, p. 38.

contre les accidents corporels ». Il ne peut donc être question d'imposer ces indemnités. Compte tenu de cette exonération légale, il est naturel que les primes de ces assurances individuelles accident ne puissent donner lieu à un quelconque avantage fiscal.

**La taxation de la rente versée par l'assureur à une société.** L'indemnité perçue par elle pour faire face aux frais ou pourvoir à un remplaçant afin de couvrir une force de travail permettant la continuité de l'entreprise sera soumise à l'impôt des sociétés, comme un revenu. Pour le dire autrement, les versements effectués par l'assureur qui auront été perçus seront ajoutés au bénéfice de l'entreprise<sup>207</sup>.

Dans le cadre des versements pour incapacité permanente à un dirigeant d'entreprise, la rente versée est taxable dans le chef du bénéficiaire à un précompte professionnel de 22,20 %<sup>208</sup>. Pour ce qui concerne les indemnités versées à la société, celles-ci sont simplement ajoutées à son bénéfice imposable et traitées à l'impôt des sociétés.

#### §4. La question des réserves fiscales pour l'avenir en cas d'incapacité du travailleur indépendant<sup>209</sup>

**Que sont les réserves ?** Dans le cadre de la réparation du préjudice corporel au sens large, les réserves pour l'avenir consacrent le droit de la victime, non pas d'obtenir une indemnisation mais le droit d'exercer ultérieurement une action en réparation pour un dommage éventuel et encore inexistant au moment où l'action principale connaît son épilogue par le prononcé du jugement<sup>210</sup>.

En effet, le futur engendre des incertitudes, dont la prévisibilité varie, et celles-ci ne doivent pas être éludées dans l'appréciation du dommage, même si cette appréciation se fait à un moment déterminé. C'est dans ce cadre

207. *Ibid.*, p. 45.

208. *Ibid.*, p. 44.

209. Cette question concerne de loin et indirectement l'assurance revenu garanti dès lors que l'on se situe dans le cadre d'une matière contractuelle et non dans le cadre de la réparation d'un préjudice non prévu par un contrat. Quand se posera la question de l'évolution négative d'un taux d'invalidité permanente, l'assureur et l'assuré (ou le médecin expert, ou encore le juge s'il y a désaccord) estimeront sans doute devoir revoir le taux de l'invalidité indemnisée selon le contrat, en sorte que si l'invalidité s'aggrave, ce taux sera revu et la rente adaptée en conséquence. Peut néanmoins se poser la question de l'impact fiscal des rentes versées par rapport aux revenus qu'aurait pu promériter la victime, si tant est que l'impact fiscal lui soit défavorable.

210. M. VANWIJK-ALEXANDRE et V. LECLERCO, « Les réserves pour l'avenir spécialement en matière de réparation du dommage corporel », *R.G.A.R.*, 1983, n° 10558, n° 2.

d'évolution(s) et d'incertitudes, plus ou moins grandes, que l'on va rencontrer les réserves<sup>211</sup> pour l'avenir.

Il n'existe pas de définition légale des réserves. Au terme d'un arrêt du 6 juin 1994 la cour d'appel de Liège a précisé que « s'il est vrai que la loi ne définit pas les réserves, il n'en reste pas moins qu'il y a une différence entre le dommage déjà connu, mais qui requiert par exemple une expertise pour être évalué, et le dommage hypothétique qui ne donne pas droit actuellement à réparation ; dans ce cas, l'incertitude porte non sur l'évaluation du dommage, mais sur son existence même »<sup>212</sup>.

Il n'existe pas de droit aux réserves<sup>213</sup>. Elles doivent être demandées au juge et leur octroi relève de son appréciation pleine et entière<sup>214</sup>.

Si des réserves sont accordées, elles sont alors actées dans le jugement<sup>215</sup>. Si aucune procédure judiciaire n'est pendante, les réserves peuvent, dans un cadre amiable, être reprises dans un contrat de transaction<sup>216</sup>.

Il appartiendra à la victime de prendre l'initiative de solliciter l'octroi des réserves qui lui ont été accordées, tout en rapportant la preuve du dommage subi mais aussi, du lien causal avec la faute originaire ayant mené aux réserves actées<sup>217</sup>.

**Le délai pour solliciter l'indemnisation en lien avec les réserves actées.** En vertu de l'article 2262bis de l'ancien Code civil, si une décision passée en force de chose jugée sur une action en réparation d'un dommage a acté des réserves, la demande visant à faire statuer sur leur objet est recevable durant 20 ans à compter du prononcé de celle-ci. Si, avant l'expiration de ce délai

211. On peut rencontrer des réserves fiscales, médicales ou situationnelles. Seules les réserves fiscales seront envisagées ici. Pour en savoir plus sur les réserves, voy. not. P. COLSON, « Incertitudes et dommage corporel : les changements postérieurs au jugement (deuxième partie) », *R.G.A.R.*, 2017, n° 15367.

212. Liège, 6 juin 1994, *J.L.M.B.*, 1994, pp. 1100-1102, faisant lui-même réf. à Cass., 29 octobre 1962, *Pas.*, 1962, I, pp. 268 et s.

213. M. VANWIJCK-ALEXANDRE et V. LECLERCO, « Les réserves pour l'avenir spécialement en matière de réparation du dommage corporel », *op. cit.*, n° 10558, n° 2.

214. M. VANDERWECKENE, « Les réserves médicales », *R.G.A.R.*, 2004/3, n° 13822, n° 5.

215. P. COLSON, « Incertitudes et dommage corporel : les changements postérieurs au jugement (deuxième partie) », *op. cit.*, n° 15367, n° 45. On rappellera à toutes fins le délai de prescription découlant de l'article 2262bis, § 2 de l'ancien Code civil qui octroie un délai de 20 ans pour les solliciter, à compter du prononcé du jugement : « Si une décision passée en force de chose jugée sur une action en réparation d'un dommage admet des réserves, la demande tendant à faire statuer sur leur objet sera recevable pendant vingt ans à partir du prononcé ».

216. P. COLSON, « Incertitudes et dommage corporel : les changements postérieurs au jugement (deuxième partie) », *op. cit.*, n° 15367, n° 45.

217. *Ibid.*, n° 15367, n° 46.

de 20 ans, elle estime que son dommage évolue encore, elle peut demander au juge que de nouvelles réserves soient actées<sup>218</sup>.

Si un contrat de transaction a été établi entre l'assureur et la victime et que des réserves y ont été transcrites, conformément à l'article 2248 de l'ancien Code civil, la prescription est interrompue par la reconnaissance du débiteur, en l'occurrence l'assureur, du droit de celui contre lequel il prescrivait, soit la victime. Si aucun délai n'a été prévu dans le contrat de transaction pour solliciter l'octroi des réserves, celles-ci ne se prescrivent pas. Elles ont été interrompues par la reconnaissance du droit de la victime d'obtenir une indemnisation mais rien n'a permis à la prescription de recommencer à courir.

Si l'assureur entend prévoir un délai maximal pour que la victime puisse solliciter indemnisation sur pied des réserves, il sera prudent de prévoir un délai maximal dans le contrat.

**Les réserves fiscales limitées à l'indemnisation en lien avec la perte des revenus professionnels.** Les réserves fiscales concernent uniquement l'indemnisation du préjudice économique et plus précisément, l'éventuelle taxation des indemnités versées en réparation de ce poste d'indemnisation. Elles permettent de pallier l'incertitude quant au traitement fiscal de ces dernières. Lorsque le préjudice économique est fondé sur un revenu net, mais que l'indemnité est quand même taxée postérieurement au jugement, le montant de la taxation pourrait alors être mis à charge du responsable grâce à ces réserves<sup>219</sup>.

En effet, le responsable ne peut être amené à supporter le coût de la taxation des indemnités versées que si cette taxation est plus lourde que celle qui aurait dû frapper les revenus nets perdus<sup>220</sup>. La victime a, en effet, droit à la réparation de son dommage mais, ni plus, ni moins<sup>221</sup>.

Aussi, les indemnités qui sont versées à la victime ne sont imposables que si elles réparent une perte de revenus professionnels réelle ou si elles se rattachent à l'activité professionnelle de la victime. Pour pouvoir bénéficier de réserves fiscales, la victime doit, tenant compte des règles applicables en matière de charge de la preuve, non seulement prouver le lien causal entre son dommage et sa perte de revenus effective, mais elle doit aussi pouvoir démontrer que l'indemnité obtenue en droit commun risque d'être soumise

218. Th. PAPART et B. CEULEMANS, *Vade-mecum du tribunal de police*, op. cit., p. 826. Voy. aussi M. VANDERWECKENE, « Les réserves médicales », op. cit., n° 13822.

219. P. COLSON, « Incertitudes et dommage corporel : les changements postérieurs au jugement (deuxième partie) », op. cit., n° 15367, n° 43.

220. J.-P. BOURS et F. DELOBBE, « Illustration des principes et applications pratiques en matière d'incapacité temporaire et permanente de travail », op. cit., p. 119 ; Th. PAPART et B. CEULEMANS, *Vade-mecum du tribunal de police*, op. cit., p. 789.

221. M. HAULOTTE, note sous Bruxelles (4<sup>e</sup> ch.), 10 décembre 2013, « Réserves fiscales, mais pas à n'importe quel prix ! », *For. Ass.*, 2014, n° 144, p. 99.

à des charges supérieures à celles normalement applicables à la rémunération qu'elle aurait perçue, si le dommage ne s'était pas réalisé.

## Conclusion

La matière de l'assurance revenu garanti est particulièrement technique. Les excellents écrits en la matière sont souvent accessibles au lecteur déjà bien averti. Le but de la présente contribution était de balayer la matière, avec une lorgnette axée sur la réparation du dommage du travailleur indépendant, pour que soient mieux perçues les différentes facettes de cette assurance.

Cette modeste contribution est loin de répondre à toutes les questions mais si grâce à elle, la vie des praticiens s'en trouve facilitée, que du temps peut être gagné et que des textes plus spécifiques seront ensuite abordés avec aisance, le but recherché aura été atteint.