FRANCE ASSUREURS
FAIRE AVANCER LA SOCIÉTÉ EN CONFIANCE

RECUEIL DES ENGAGEMENTS À CARACTÈRE DÉONTOLOGIQUE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE MEMBRES DE LA FÉDÉRATION

Fédération Française de l'Assurance, 26 boulevard Haussmann, 75009 Paris

SOMMAIRE

Avant-propos p. 05

Engagements concernant l'ensemble des assureurs

1. Engagement relatif à l'association « La Médiation de l'Assurance » p. 11
2. Engagement de désigner une personne chargée de vérifier le respect des règles de déontologie retenues par la FFA p. 13
3. Engagement sur les conditions de résiliation des contrats d'assurance p. 15

Engagements concernant les assureurs de biens et de responsabilité

4. Engagement relatif à l'assurance de protection juridique p. 19
5. Engagement sur le traitement des résiliations dans les contrats d'assurance automobile et les contrats multirisques-habitation p. 23
6. Engagement sur le traitement des multi-sinistrés dégâts des eaux en logement collectif p. 25
7. Engagement sur les contrats d'assurance affinitaire p. 27

Engagements concernant les assureurs de personnes

8. Engagement portant code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou de l'exécution d'un contrat d'assurance p. 31
9. Engagement relatif à la commercialisation des assurances de personnes p. 33
10. Engagement relatif à l'assurance dépendance p. 37
11. Engagement relatif aux contrats collectifs obligatoires santé et prévoyance p. 39
12. Engagement relatif à la lisibilité des garanties de complémentaire santé p. 41

Engagements spécifiques concernant l'assurance vie et la capitalisation

13. Engagement relatif aux contrats proposant des supports « croissance » et « Eurocroissance » p. 45
14. Engagement relatif aux contrats en UC, y compris ceux reposant sur des actifs dédiés fermés p. 47
15. Engagement relatif à l'utilisation des avances sur contrat p. 49
16. Engagement relatif à la terminologie des contrats emprunteurs p. 51
17. Engagement relatif au contrat d'assurance emprunteur p. 53
18. Engagement relatif à l'inclusion d'une garantie enfants malades dans les contrats d'assurance emprunteur p. 55
19. Engagement relatif à la communication des taux de rendement des supports en euros des contrats d'assurance vie et de capitalisation p. 57
20. Engagement relatif aux contrats d'assurance vie p. 59
21. Engagement relatif à l'information des notaires par les assureurs p. 61
22. Engagement relatif aux contrats d'assurance vie et aux contrats de capitalisation souscrits par des personnes morales p. 63
23. Engagement relatif aux contrats d'assurance vie non réclamés p. 65
24. Engagement relatif aux contrats d'assurance destinés au financement des obsèques p. 67
25. Engagement relatif à la transférabilité des contrats en assurance vie à la suite de la loi PACTE p. 69

Annexe

Annexe de l’engagement n°1 : Charte de « La Médiation de l’Assurance » p. 73

Avant-propos

La profession de l'assurance s'est dotée d'engagements à caractère déontologique réunis dans le présent recueil.

Seuls font partie de ce recueil les engagements relevant de la déontologie professionnelle. Leur respect s'impose aux entreprises d'assurance qui s'y sont engagées par l'intermédiaire de leurs fédérations professionnelles.

D'une manière générale, ce corps d'engagements vise à garantir notamment aux assurés un niveau d'information supérieur à celui édicté par les prescriptions légales ou réglementaires sur les conditions dans lesquelles leurs demandes et dossiers sont traités.

En revanche, ont été écartées du présent recueil toutes les dispositions qui n'ont qu'une valeur indicative ou de recommandation, qui ont un caractère plus technique que déontologique ou qui ne concernent que les relations des entreprises d'assurance entre elles ou avec leurs intermédiaires d'assurance.

Cette déontologie professionnelle vient compléter la réglementation et non s'y substituer. Il convient de souligner que certains engagements ont été adoptés il y a plus de vingt ans. Ils ont cependant été actualisés ou complétés pour demeurer en phase avec l'environnement, les pratiques du marché ou les nouveaux produits commercialisés.

Il continuera d'en être de même car l'objectif de la profession est d'appliquer une déontologie opérationnelle, tournée vers l'intérêt et la satisfaction des assurés.

Florence Lustman
Présidente de France Assureurs

LISTE DES ENGAGEMENTS

Engagements concernant l’ensemble des assureurs

1

Engagement relatif à l'association « La Médiation de l'Assurance »

Approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA du 23 juin 2015 et par la Commission exécutive du GEMA du 1er juillet 2015, le présent engagement remplace celui qui avait été adopté par l'Assemblée générale de la FFSA le 15 décembre 2009 et par la Commission exécutive du GEMA le 11 juin 2009 et confirmé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Cet engagement est d'application obligatoire à partir du 1er septembre 2015.

La Charte de la Médiation de l'Assurance est annexée au Recueil en page 49

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à adhérer à l'association « La Médiation de l'Assurance » et à respecter les termes de sa Charte de la Médiation.

2

Engagement de désigner une personne chargée de vérifier le respect des règles de déontologie retenues par la FFA

Approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 24 juin 2003 et par la Commission exécutive du GEMA le 14 mai 2009, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Consciente que la crédibilité des engagements souscrits en leur sein dépend de leur effective application par leurs membres, la FFSA et le GEMA ont adopté cet engagement qui fait obligation aux entreprises d'assurance de désigner une personne chargée de veiller à leur respect.

Chaque entreprise membre de la FFA et exerçant dans une catégorie d'assurance concernée par l'un ou par plusieurs des engagements professionnels à caractère déontologique devra nommer une ou plusieurs personnes chargées de vérifier le respect de l'ensemble des règles de déontologie réunies dans le présent recueil.

3

Engagement sur les conditions de résiliation des contrats d'assurance

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFA le 23 juin 2022.

Le présent engagement a pour objet de mettre en œuvre l'avis du Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF) du 29 avril 2022 sur l'harmonisation des délais de résiliation des contrats d'assurance et l'extension du délai de renonciation des contrats affinitaires. Cet engagement vise à rendre plus lisibles les conditions de résiliation des contrats.

Plusieurs types de contrats de grande diffusion sont déjà résiliables à tout moment après une année d'assurance. En élargissant de façon importante le périmètre des contrats soumis à cette faculté de résiliation les membres de France Assureurs contribuent à simplifier les conditions de résiliation.

Les entreprises d'assurance s'engagent à accepter à tout moment une demande de résiliation de l'assuré après la première année de souscription pour tous les contrats d'assurance individuels ou collectifs à adhésion individuelle, couvrant des assurés personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles.

Ne sont pas concernés par cette résiliation à tout moment : les contrats d'assurances prévoyance (invalidité/incapacité/décès) et dépendance, les contrats saisonniers (contrats scolaires, les contrats chasse), ainsi que les contrats couvrant la plaisance et les engins de déplacement personnels.

Les entreprises d'assurance s'engagent à insérer dans l'avis d'échéance annuelle des contrats concernés une mention rappelant que le contrat est résiliable à tout moment par l'assuré.

Cet engagement est applicable à compter du 1er juillet 2023.

Engagements concernant les assureurs de biens et de responsabilité

4

Engagement relatif à l'assurance de protection juridique

Approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2005 et par la Commission exécutive du GEMA du 14 mai 2009, le présent engagement a été aménagé en décembre 2011 pour prendre en compte les dispositions de la loi du 19 février 2007 portant réforme de l'assurance de protection juridique. Cette nouvelle version a été adoptée par l'Assemblée générale de la FFSA le 20 décembre 2011 et par la Commission Exécutive du GEMA le 10 novembre 2011.

Le présent engagement a pour objet de favoriser le développement de la protection juridique par une amélioration de l'information des assurés et une meilleure prise en compte des attentes des consommateurs.

1. Communication sur le contrat

- L'assureur s'engage à adopter un vocabulaire spécifique au contrat de protection juridique afin de répondre aux besoins de l'assuré en matière de transparence et de compréhension des garanties offertes :
  - La DPRSA : garantie défense pénale et recours suite à accident :
    Elle prend en charge la défense pénale et le recours de droit commun en vue d'obtenir la réparation d'un préjudice personnel de l'assuré, suite à accident. Par exception, la défense pénale peut intervenir en dehors de tout accident, par exemple en cas d'excès de vitesse de l'assuré.
  - La protection juridique segmentée :
    Il s'agit de la garantie couvrant un domaine d'intervention bien déterminé. Cette garantie est précisément dénommée par son champ d'intervention, par exemple PJ domaine santé ou encore PJ domaines habitation et consommation.
  - La protection juridique générale :
    Il s'agit de la garantie la plus étendue, proposée par un contrat dans lequel l'assureur définit précisément l'étendue des garanties.
    Elle est le cumul de tout ou d'une grande partie des protections juridiques segmentées et couvre la plupart des litiges de la vie quotidienne. Elle peut également comprendre la DPRSA.

Les garanties d'assurance de protection juridique segmentée ou générale peuvent être proposées, soit dans un contrat support, soit dans un contrat autonome.

- L'assureur de protection juridique s'engage à donner toutes informations utiles sur le contrat d'assurance à l'assuré : les informations portent notamment sur les modalités de déclenchement de la garantie, les montants de prise en charge des frais et honoraires, le plafond global de garantie, la résiliation du contrat.
- L'assureur s'engage à distinguer dans l'avis d'échéance d'un contrat support la prime correspondant aux garanties de protection juridique.

- L'assureur s'engage à indiquer, dès la souscription, les coordonnées de la société spécialisée ou du service distinct en charge de la gestion des litiges.
- L'assureur s'engage à informer l'assuré de l'existence de la prescription biennale, de son point de départ et des causes d'interruption prévues aux articles L114-1 et L114-2 du Code des assurances.

2. Frais engagés avant la déclaration de sinistre

L'assureur de protection juridique s'engage à prendre en charge, dans les limites contractuelles, les frais engagés par l'assuré antérieurement à la déclaration de sinistre lorsque l'assuré peut justifier d'une urgence à les avoir engagés*.

3. Information et conseil

L'assureur de protection juridique s'engage, dans le cadre des garanties offertes par le contrat, à mettre en œuvre dans les meilleurs délais, les moyens amiables ou judiciaires permettant à l'assuré d'obtenir la solution la plus satisfaisante à son litige.

4. Résolution des conflits

L'assureur s'engage à rappeler les dispositions de l'article L.127-4 du Code des assurances en cas de désaccord entre lui-même et l'assuré au sujet des mesures à prendre pour régler un différend.
L'assureur s'engage en outre à simplifier la gestion de ce désaccord en s'en remettant au choix de l'assuré pour la désignation de la tierce personne à consulter dans la mesure où cette dernière est habilitée à donner des conseils juridiques. Il s'engage également à accepter, si l'assuré en est d'accord, la solution retenue par cette tierce personne sur les mesures à prendre pour régler le litige.
La consultation de cette tierce personne sera prise en charge par l'assureur dans la limite du plafond d'honoraires fixé au contrat.

5. Libre choix de l'avocat

Le principe du libre choix de l'avocat doit être énoncé dans tous les contrats d'assurance protection juridique*.
L'assureur s'engage à ce que cette liberté de choix soit également rappelée lorsqu'il est fait appel à un avocat dans les circonstances prévues à l'article L.127-1 du Code des assurances ou en cas de conflit d'intérêt entre l'assuré et l'assureur.
L'assureur de protection juridique s'engage, dans le cas où l'assuré n'a pas connaissance d'un avocat susceptible d'intervenir dans la défense de ses intérêts, et à sa demande écrite*, à mettre à sa disposition les coordonnées d'un avocat.

6. Procédure contentieuse

L'assureur s'engage à rappeler dans le contrat d'assurance de protection juridique que la direction du procès appartient à l'assuré conseillé par son avocat.
Durant cette procédure, l'assureur reste à la disposition de l'assuré ou de son avocat pour leur apporter l'assistance dont ils auraient besoin.

7. Rémunération de l'avocat

L'assureur s'engage à faire apparaître dans le contrat, de façon explicite, les conditions et éventuelles limitations relatives à la prise en charge des honoraires d'avocat selon le type d'intervention ou le type de juridiction saisie ; il s'engage à les rappeler à l'assuré lorsqu'il est fait appel à un avocat, et si l'assuré le demande à les communiquer à l'avocat.

8. Règlement direct

En présence d'une délégation d'honoraires consentie par l'assuré à l'avocat et permettant à celui-ci de s'adresser directement à l'assureur pour le paiement de ses frais et honoraires, l'assureur s'engage à régler directement l'avocat à concurrence du plafond contractuel. Cette délégation d'honoraires s'entendra hors taxes si l'assuré récupère la TVA et TTC dans le cas contraire.
Dans le cas où l'assuré a lui-même fait l'avance des honoraires et/ou frais, le remboursement incombant à l'assureur interviendra à la première demande et dans les plus brefs délais.

9. Rappel concernant les remboursements des frais et honoraires

Toute somme obtenue en remboursement des frais et honoraires exposés pour la solution d'un litige bénéficie prioritairement à l'assuré à due concurrence des dépenses dûment justifiées qui resteraient à sa charge*.

10. Principe de subsidiarité entre aide juridictionnelle et assurance de protection juridique

En application de l'article 2 de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique, tel que modifié par l'article 5 de la loi n° 2007-210 du 19 février 2007, qui énonce le principe selon lequel « l'aide juridictionnelle n'est pas accordée lorsque les frais couverts par cette aide sont pris en charge au titre d'un contrat d'assurance de protection juridique ou d'un système de protection », l'assureur s'engage à mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose afin de rendre effectif ce principe, en particulier en renseignant le formulaire visé à l'article 34 9° du décret 91-1266 du 19 décembre 1991 portant application de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique.
Ces engagements sont d'application immédiate et se substituent aux dispositions contractuelles moins favorables aux assurés.

* Ces principes sont à présent repris dans le Code des assurances.

5

Engagement sur le traitement des résiliations dans les contrats d'assurance automobile et les contrats multirisques-habitation

Approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 23 juin 2009 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mars 2009, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le présent engagement a pour objet de répondre à la préoccupation exprimée par les pouvoirs publics concernant les difficultés ponctuelles de paiement rencontrées par certains particuliers concernant leurs cotisations d'assurance automobile et multirisques-habitation.

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent, concernant les résiliations pour non-paiement par des particuliers de leurs cotisations pour les contrats d'assurance automobile et multirisques-habitation à respecter les règles et bonnes pratiques suivantes.

1. Traitement des résiliations pour non-paiement de la cotisation

Il est rappelé que l'article L.113-3 du Code des assurances permet à l'assureur, à partir de l'échéance en cas de défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation :

- d'envoyer à l'assuré 10 jours après l'échéance une lettre recommandée de mise en demeure annonçant la suspension de la garantie ;
- de suspendre la garantie 30 jours après envoi de la lettre de mise en demeure ;
- de résilier le contrat 10 jours après le délai précité de 30 jours tout en maintenant l'obligation de payer la cotisation et en engageant éventuellement une procédure de recouvrement.

Le contrat suspendu mais non résilié reprend ses effets pour l'avenir le lendemain du paiement de la cotisation ou de la fraction de la cotisation. La période de suspension n'est jamais couverte par la garantie.

1.1. Lettre simple de relance

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent en cas de non- paiement à informer les assurés par lettre simple sur les conséquences de ce non- paiement. Toutefois cette obligation tombe lorsque les retards dans les paiements sont répétitifs.

1.2. Lettre recommandée

La lettre recommandée ayant pour objet l'annonce de la suspension de la garantie 30 jours plus tard et, le cas échéant la résiliation du contrat, est envoyée au plus tôt 30 jours après l'échéance au lieu des 10 jours légaux.

1.3. Remise en vigueur de la garantie en cas de paiement tardif

Le paiement intégral et tardif de la cotisation arriérée après résiliation mais avant déclenchement de la procédure de recouvrement entraîne le rétablissement de la garantie le lendemain midi du paiement de la cotisation jusqu'à l'échéance du contrat initial. Cela laisse subsister le droit de résiliation du contrat à l'échéance par l'entreprise d'assurance.

1.4. Pénalité en cas de mise en œuvre de la procédure de recouvrement

Le contrat doit expliciter clairement qu'en cas de refus de paiement de la cotisation, que son règlement soit global ou fractionné, celle-ci est définitivement due à l'assureur pour la totalité de la période écoulée jusqu'au jour de la résiliation du contrat.
Si l'entreprise d'assurance entend en outre obtenir le versement d'une pénalité pour non-respect de l'engagement contractuel, elle doit être mentionnée dans le contrat. Les assureurs s'engagent à ce que celle-ci ne soit pas supérieure à 6 mois de cotisation.

2. Bonnes pratiques

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent :

- à inviter régulièrement les assurés, notamment au moyen d'une communication adaptée, à vérifier que leurs déclarations de risques mobiliers et/ou immobiliers des contrats MRH sont toujours adaptées à la réalité de leur patrimoine ;
- à améliorer l'information donnée aux assurés sur les frais contractuels de gestion liés à des incidents de paiement ;
- à proposer à tous les demandeurs, au moment de la première souscription de contrats, ou à un autre moment de la relation, la possibilité d'adopter un mode de paiement fractionné.

6

Engagement sur le traitement des multi-sinistrés dégâts des eaux en logement collectif

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 17 décembre 2014 et par la Commission exécutive du GEMA le 11 septembre 2014.

Le présent engagement a pour objet de répondre aux critiques des associations de consommateurs et à l'avis du CCSF du 3 juin 2008 concernant les assurés multi-sinistrés en dégâts des eaux qui peuvent se retrouver dans une situation difficile alors qu'ils subissent un sinistre de la part de leur voisin.

Le présent engagement vise à s'interdire de résilier (en cours de contrat ou à l'échéance) un contrat MRH en logement collectif sur la base d'un critère de sinistralité « dégâts des eaux », dès lors que la cause de ces dégâts des eaux proviendrait d'un tiers.

Les entreprises d'assurance s'engagent à ne pas utiliser le critère de la survenance de sinistres dégâts des eaux en logement collectif avec tiers responsable pour résilier ou ne pas reconduire un contrat MRH.
Cet engagement est applicable à compter du 1er mars 2015.

7

Engagement sur les contrats d'assurance affinitaire

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFA le 23 juin 2022.

Le présent engagement a pour objet de mettre en œuvre l'avis du Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF) du 29 avril 2022 sur l'harmonisation des délais de résiliation des contrats d'assurance et l'extension du délai de renonciation des contrats affinitaires. Cet engagement vise à simplifier les conditions de renonciation des contrats d'assurance affinitaire et à faciliter l'exercice du droit de renonciation. Il est rappelé à ce titre que les assurances à tacite reconduction, souscrites en complément d'un bien ou d'un service vendu, sont éligibles à la résiliation à tout moment après expiration d'un délai d'un an.

La spécificité de ce type de contrats d'assurance réside dans leur caractère accessoire à la vente d'un bien ou d'un service.

Ce particularisme justifie des règles spécifiques de renonciation du contrat.

Le présent engagement vise à simplifier la renonciation de l'assuré qui disposera désormais d'un délai étendu à 30 jours, sans devoir apporter de justificatif.

Cet engagement remplace l'engagement relatif à l'assurance des appareils nomades adopté le 17 décembre 2014 par l'assemblée générale de la FFSA pour les sociétés concernées.

Pour les contrats d'assurance, souscrits à des fins non professionnelles, constituant un complément à la vente d'un bien ou d'un service (contrats d'assurance dits affinitaires), les entreprises d'assurance s'engagent à :

- prévoir une possibilité de renonciation individuelle sans condition pour tout client, dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la souscription ou de l'adhésion tant que le contrat n'a pas été intégralement exécuté ou que l'assuré n'a fait intervenir aucune garantie.
- faire courir le délai de renonciation, en cas de période de gratuité, à partir du paiement de tout ou partie de la première prime.

Cet engagement porte sur les contrats affinitaires. Ne sont pas concernés les contrats du type annulation ou voyage et les garanties d'une durée inférieure à un mois.

Cet engagement est applicable à compter du 1er juillet 2023.

Engagement concernant les assureurs de personnes

8

Engagement portant code de bonne conduite concernant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé en vue de la souscription ou de l'exécution d'un contrat d'assurance

Faisant suite à un précédent engagement de 2000, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Un premier engagement avait été annexé à la convention passée en 1991 entre les pouvoirs publics, les associations représentatives des consommateurs et des malades, les banquiers et les assureurs pour permettre aux personnes séropositives de trouver des garanties d'assurance. Le présent engagement est plus large dans son objet que la convention dont il constitue l'annexe et concerne l'ensemble des opérations d'assurance de personnes nécessitant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'état de santé de l'assuré.

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à respecter le code de bonne conduite, de portée générale, annexé à la convention AERAS[1].

[1] disponible sur le site www.aeras-infos.fr

9

Engagement relatif à la commercialisation des assurances de personnes

Faisant suite à plusieurs autres engagements de 2008, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

La qualité des relations entre les entreprises d'assurances et les souscripteurs (les adhérents pour les assurances de groupe) est une préoccupation essentielle des sociétés. Cela est particulièrement vrai dans le domaine des assurances de personnes qui comprennent l'assurance sur la vie et la capitalisation, et les assurances maladie et accidents corporels. Dans ce secteur plus qu'en tout autre l'image donnée au public dépend pour une large part du contact qui s'établit entre le client et les entreprises par l'intermédiaire de leurs représentants, conseillers en assurance, quel que soit leur statut juridique, présentant au public des opérations d'assurance de personnes.

C'est pourquoi, dès 1977, la profession avait conclu un accord avec les représentants des consommateurs.

Aujourd'hui, les règles essentielles sont réunies dans le présent engagement qui s'applique aux entreprises et à leurs représentants.

Le présent engagement qui apporte des modifications suite aux évolutions législatives et notamment à l'obligation de formalisation du devoir de conseil, a pour objet d'organiser la qualité de la relation entre les assureurs de personnes et leurs clients.

Les conseillers en assurance de personnes doivent toujours garder à l'esprit que leur rôle est de rendre au public un service de qualité en observant notamment la discipline définie par la déontologie.

1. Dispositions générales

1.1. Présentation et comportement

Le conseiller en assurance de personnes :

- s'abstient de toute visite ou sollicitation manifestement inopportunes ;
- se présente et indique la société qu'il représente ;
- est particulièrement attentif à la réalité du besoin des souscripteurs ou des adhérents d'âge élevé ;
- veille, à tout moment de sa démarche, à la qualité du service qu'il rend et à ce que s'établisse une relation de confiance, dans la loyauté ;
- s'abstient de toute action de concurrence déloyale à l'encontre des entreprises d'assurance et de leur représentant, et de tout propos ou comportement qui pourrait nuire au crédit ou à la réputation des organismes publics ou privés de prévoyance, ou de retraite, ou à leurs représentants.

1.2. Entretien

1.2.1. Le conseiller en assurance de personnes

Doit :

- aider son interlocuteur à analyser sa situation familiale, financière, et, le cas échéant, l'étendue de sa couverture sociale, et à préciser ses besoins et ses objectifs, afin d'être en mesure de lui proposer les garanties les mieux adaptées ;
- recueillir les renseignements relatifs à la situation du client et éventuellement aux caractéristiques du risque à assurer, qui seront pris en compte dans la recherche d'une solution appropriée ;
- identifier, en fonction des informations ainsi recueillies, le ou les contrat(s) qui peuvent à la fois répondre aux objectifs ou besoins du client et être compatibles avec les renseignements recueillis sur la situation de celui-ci.

Ne doit pas :

- donner des conseils visant à faire abandonner un contrat en cours lorsqu'il est plus favorable de le maintenir, de le modifier ou de le compléter ;
- donner des conseils visant à faire transférer un contrat en cours sans qu'une analyse préalable des conséquences de ce transfert ait été faite avec lui ;
- faire résilier un contrat existant avant de s'être assuré de l'acceptation du client par le nouvel assureur, dans le cadre du nouveau contrat proposé.

1.2.2. Le conseiller en assurance vie et capitalisation

Ne doit pas :

- faire de promesses inappropriées (délais et montants) concernant le rachat, les avances sur contrats ou l'évolution des garanties ;
- présenter des participations aux bénéfices en donnant comme acquis ce qui ne l'est pas encore ;
- présenter des hypothèses de revalorisations manifestement exagérées par rapport aux taux les plus récents.

1.2.3. Le conseiller en assurance maladie et accidents corporels

Doit :

- préciser le mode d'évolution des garanties et des cotisations ;
- préciser les modalités de versement des cotisations et les conséquences de leur non-paiement.

Ne doit pas :

- laisser croire que la garantie est viagère si elle ne l'est pas.

1.3. Souscription, paiement des cotisations et suivi

Avant la conclusion d'un contrat, le conseiller en assurance de personnes fait un exposé clair des engagements du souscripteur ou de l'adhérent, de ceux de la société, et remet les documents nécessaires.

Il veille à ce que le niveau des cotisations reste dans la limite des capacités de paiement du souscripteur ou de l'adhérent eu égard à ses ressources, à ses charges et à son âge.

Si un questionnaire de santé doit être rempli, le conseilleur en assurance de personnes attire l'attention du souscripteur ou de l'adhérent sur l'importance de la sincérité et de la précision des réponses apportées au questionnaire.

En assurance vie et capitalisation, il lui rappelle que le versement des cotisations n'est jamais obligatoire et lui explique les conséquences d'un arrêt de leur paiement.

En assurance maladie et accidents corporels, le conseiller rappelle au souscripteur les modalités de versement des cotisations et les conséquences de leur non-paiement.

Le conseiller en assurance de personnes veille à proposer aux clients les évolutions de garanties des contrats en fonction des besoins et possibilités qu'ils expriment.

2. Dispositions spécifiques

2.1. Concernant la transformation de contrats d'assurance vie ou de capitalisation mentionnée au premier alinéa du 2° du I de l'article 125-O A du code général des impôts

Cet alinéa prévoit que la transformation partielle ou totale d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation en un contrat permettant qu'une part ou l'intégralité des primes versées soient affectées à l'acquisition de droits exprimés en unités de compte ou de droits donnant lieu à la constitution d'une provision de diversification n'entraîne pas les conséquences fiscales d'un dénouement. Il prévoit également que cette transformation s'effectue soit par avenant au contrat, soit par la souscription d'un nouveau contrat auprès de la même entreprise d'assurance.

Concernant la transformation d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation dont les primes versées sont affectées à l'acquisition de droits qui ne sont pas exprimés en unités de compte en un contrat dont une part ou l'intégralité des primes versées sont affectées à l'acquisition de droits exprimés en unités de compte, les entreprises d'assurance s'engagent :

▪ à attirer l'attention du souscripteur ou de l'adhérent sur les conséquences de la transformation au niveau de la charge du risque : pour les engagements exprimés en unités de compte, le risque de variation de la valeur de l'unité de compte est supporté par le souscripteur ou l'adhérent et non plus par l'assureur ;

▪ à accorder au souscripteur ou à l'adhérent un délai de trente jours à compter de la date de la transformation, pour revenir sur sa décision et, dans ce cas, à rétablir la situation contractuelle antérieure.

Quelles que soient les modalités de la transformation, les entreprises d'assurances s'engagent :

- à délivrer l'ensemble des informations précontractuelles et contractuelles nouvelles ;
- à attirer l'attention du souscripteur sur les conséquences de la transformation, notamment en termes de garantie de taux et de tables, de frais, ou en cas d'avances en cours ;

L'entreprise d'assurance informe annuellement le souscripteur ou l'adhérent de façon claire et transparente concernant la possibilité et les conditions de transformation de son contrat, en indiquant notamment que l'éventuelle transformation de son contrat n'entraîne pas les conséquences fiscales d'un dénouement.

10
Engagement relatif à l'assurance dépendance

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 23 juin 2015 et par la Commission exécutive du GEMA le 1er juillet 2015.

En raison des enjeux financiers et sociétaux de la perte d'autonomie, des travaux de place ont été menés depuis plusieurs années, notamment sous l'égide de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA). A la suite de ces travaux, différentes initiatives ont été prises pour définir des bonnes pratiques ou des normes de marché.

La profession a souhaité poursuivre ces initiatives en proposant le présent engagement dont la mise en œuvre devra intervenir au plus tard au 1er janvier 2016, à l'exception du point 3 qui entrera en vigueur le 1er janvier 2017.

1. Champ d'application

Les entreprises d'assurance s'engagent à utiliser la mention **assurance dépendance** dans les contrats prévoyant à titre principal des prestations (prestations financières ou services d'assistance) en cas de perte d'autonomie caractérisée par un état de dépendance défini par la documentation contractuelle.

Afin de faciliter la compréhension par les assurés des garanties d'assurance dépendance, les entreprises d'assurance privilégient l'utilisation des termes définis dans le Glossaire assurance dépendance établi par le Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF).

2. Mesures d'information

Les entreprises d'assurance mettent en œuvre des mesures pour prévenir les situations où un assuré ne serait pas à même de demander la mise en œuvre des garanties d'assurance dépendance.

A cette fin, les entreprises d'assurance s'engagent à sensibiliser le souscripteur ou l'adhérent sur l'intérêt d'informer ses proches de l'existence d'un contrat d'assurance dépendance. Cette sensibilisation est effectuée à la souscription et elle est périodiquement renouvelée.

Cette sensibilisation doit prendre les formes suivantes :

- information de l'assuré sur la nécessité d'informer ses proches et son médecin traitant ; pour ce faire, remise à l'assuré de cartes à conserver avec sa carte d'assuré social et également à remettre à ses proches ;
- envoi systématique d'une information au moins annuelle utilisant la terminologie « assurance dépendance » ;
- le cas échéant, application de tout autre dispositif permettant de répondre à cet objectif de prévention.

3. Dispositif d'interrogation des entreprises d'assurance

Pour répondre aux situations dans lesquelles un assuré ne serait pas en mesure de demander la mise en œuvre d'un contrat d'assurance dépendance, les organismes professionnels mettent en place un dispositif permettant d'interroger via AGIRA les entreprises commercialisant des contrats d'assurance dépendance sur l'existence d'un tel contrat souscrit par un assuré potentiel.

Les entreprises d'assurance s'engagent à répondre aux demandes transmises dans ce cadre dans un délai maximum d'un mois.

11

Engagement relatif aux contrats collectifs obligatoires santé et prévoyance

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 17 décembre 2013 et par la Commission exécutive du GEMA le 1er juillet 2015.

A la suite de la décision du Conseil Constitutionnel du 13 juin 2013 sur l'article 1er de la loi de transposition de l'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013, les entreprises d'assurance ont souhaité prendre l'engagement de maintenir l'accès le plus large des salariés aux assurances complémentaires santé et prévoyance relevant de l'article 2 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 (Loi Evin).

1. Souscription des contrats

Les entreprises d'assurance s'engagent à ne pas effectuer une sélection reposant sur l'état de santé pour les contrats collectifs obligatoires santé ou prévoyance dès lors que les garanties correspondent à celles définies dans l'accord de branche.

A ce titre, elles s'engagent, pour une couverture correspondant aux seules garanties de l'accord de branche, à ne pas demander aux adhérents de remplir un questionnaire de santé ou d'établir une déclaration de bonne santé.

2. Entreprises en difficulté

Les entreprises d'assurance maintiennent les droits des salariés adhérents à un contrat collectif obligatoire santé ou prévoyance souscrit dans le cadre d'un accord de branche, même si leur entreprise, en difficultés financières n'est plus en mesure de payer les cotisations du contrat. On entend par entreprises en difficultés financières, les entreprises qui font l'objet d'une procédure de sauvegarde et les entreprises en état de cessation de paiement faisant l'objet d'une procédure de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire.

En tant que de besoin, les entreprises d'assurance s'organisent pour mutualiser ce risque toutes branches confondues.

3. Action sociale et prévention

Les entreprises d'assurance mettent en œuvre une politique d'action sociale, en liaison avec la branche professionnelle, le cas échéant.

Par ailleurs, elles s'attachent à développer la prévention, en partenariat avec la branche et l'entreprise, en mettant en place un programme commun de gestion des risques.

12

Engagement relatif à la lisibilité des garanties de complémentaire santé

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale du 11 décembre 2018 et le Conseil exécutif du 5 mars 2019.

Il a pour objet de répondre à la préoccupation exprimée par les pouvoirs publics concernant les difficultés de compréhension des prospects, assurés ou adhérents des garanties de complémentaire santé. Il relaye au niveau des entreprises d'assurance les travaux menés collectivement par le CTIP, la FFA, la FNMF et l'UNOCAM, chaque fédération ayant décidé de prendre les dispositions en son sein, selon les modalités propres à son mode de gouvernance, pour engager ses membres à respecter les deux points fondamentaux de l'engagement UNOCAM 2018 signé le 14 février 2019.

1. Libellés des principaux postes de garantie

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à utiliser les intitulés définis en annexe 1 de l'engagement UNOCAM 2018, pour 5 grands postes de remboursements et certaines de leurs sous-rubriques, dans les tableaux de garanties et dans l'ensemble des supports à destination des prospects, adhérents et assurés.

Les entreprises d'assurance peuvent choisir d'ajouter d'autres grands postes de remboursement (dans la limite de 5) ainsi que des sous-rubriques voire des subdivisions éventuelles et de les insérer à l'endroit et selon l'intitulé de leur choix (en utilisant de préférence les termes du glossaire UNOCAM). L'ordre de présentation des intitulés est libre.

2. Exemples de remboursement

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à mettre à disposition des prospects, adhérents et assurés, dans les documents commerciaux et/ou à l'appui des garanties les exemples de la liste présentée en annexe 2 de l'engagement UNOCAM 2018. Dans le cadre d'un contrat collectif d'entreprise, la mise à disposition des exemples auprès des assurés peut se faire via le souscripteur du contrat, selon les modalités habituelles d'information de l'assuré relatives aux contrats de complémentaire santé collectifs.

La mise à disposition se fera de préférence sous forme dématérialisée ou par tout autre moyen adapté au public concerné. Elle devra être facilement accessible (par exemple, via internet pour les prospects).

Ces exemples, sans valeur contractuelle, doivent permettre aux prospects, adhérents et assurés d'estimer, pour une situation et un tarif donnés, les remboursements de l'assurance maladie obligatoire, ceux de l'assurance maladie complémentaire ainsi que leurs restes à charge éventuels.

Le tarif retenu pour chacune des prestations est soit le tarif réglementaire ou conventionnel en vigueur, soit l'honoraire limite de facturation ou le prix limite de vente pour les actes sans

reste à charge dans le cadre de la réforme dite « 100% Santé », soit le prix moyen national pour les actes à tarifs libres. Après échange avec les services du ministère en charge de la santé, l'UNOCAM publiera sur son site une liste actualisée des prix moyens nationaux à utiliser pour ces exemples. Les organismes complémentaires d'assurance maladie restent libres d'utiliser, en sus, des moyennes régionales lorsque cela est plus cohérent avec les pratiques tarifaires d'une région donnée, ou de faire référence aux tarifs négociés dans le cadre des réseaux de soins, pour illustrer les effets des garanties et services proposés sur le reste à charge des adhérents et assurés.

A condition de faire figurer en euros les informations précitées, la présentation et l'ordre des exemples sont libres. Les entreprises d'assurance peuvent ajouter toute précision qui leur semble utile. Elles peuvent, si elles le souhaitent, ajouter à cette liste d'autres exemples, avec la présentation de leur choix.

3. Mise en œuvre de l'engagement

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à mettre en œuvre ces deux dispositions à l'occasion et concomitamment à la modification résultant de l'évolution des règles des contrats responsables liée à la mise en œuvre de la réforme « des soins et équipements à prise en charge renforcée » dite « 100% santé », pour leurs contrats responsables, individuels et collectifs.

Pour les contrats non responsables, les entreprises d'assurance s'engagent à mettre en œuvre ces dispositions, au plus tard en 2022, à l'occasion de la conception de nouvelles offres (sauf opposition motivée du souscripteur en collectif à l'application de cet engagement), lorsque la garantie est présente au contrat. Les entreprises d'assurance peuvent adapter tout ou partie de leurs gammes, contrats ou notices individuelles en cours, aux termes du présent engagement, lorsque le régime juridique de leurs garanties le leur permet.

De manière dérogatoire, pour la mise à disposition à destination des prospects des exemples de remboursement qui ne sont pas impactés par la réforme des « soins et équipements à prise en charge renforcée » dite « 100% santé », l'engagement est pris dès 2019.

4. Suivi de l'engagement

Un bilan de l'application de l'engagement UNOCAM 2018 sera réalisé en 2020 et 2021 par l'UNOCAM et les fédérations qui la constituent. Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à communiquer à la FFA les éléments nécessaires à ce bilan.

Engagements spécifiques concernant l’assurance vie et la capitalisation

13

Engagement relatif aux contrats proposant des supports « croissance » et « Eurocroissance »

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 17 décembre 2014 et par la Commission exécutive du GEMA le 8 janvier 2015.

La loi de finances rectificative du 29 décembre 2013, l'ordonnance du 26 juin 2014 favorisant la contribution de l'assurance vie au financement de l'économie, le décret du 4 septembre 2014 relatif aux contrats comportant des engagements donnant lieu à constitution d'une provision de diversification et l'arrêté du 12 septembre 2014 relatif aux engagements donnant lieu à la constitution d'une provision de diversification ont créé le cadre d'une diffusion large de contrats donnant lieu à la constitution d'une provision de diversification, ce qui permet de participer davantage au financement de l'économie.

Dans ce contexte, la profession a souhaité préciser la terminologie utilisée et définir des bonnes pratiques en matière d'information et de commercialisation.

Un bilan de la première année de commercialisation sera effectué par la profession.

1. Terminologie

Les entreprises d'assurance s'engagent à réserver l'usage des termes fonds « Eurocroissance » ou support « Eurocroissance » à des engagements qui donnent lieu à une provision de diversification et qui offrent une garantie des sommes investies au moins égale à 100% à un horizon donné d'au moins 8 ans.

Les autres engagements comportant une provision de diversification c'est-à-dire ceux ne comportant pas de garantie ou comportant une garantie partielle sont qualifiés de « fonds croissance » ou « support croissance » en référence à un financement accru des entreprises.

2. Information

En cas de transformation d'un contrat existant en contrat comportant des engagements donnant lieu à provision de diversification, lorsque cette transformation n'est pas consécutive à la souscription d'un nouveau contrat, les entreprises d'assurance remettent un avenant au souscripteur ou un document d'information à l'adhérent. Dans ce cas, elles s'engagent à privilégier la réécriture des articles à modifier à l'indication des seules modifications intervenues, de manière à ce que l'avenant ou le document soit explicatif et facilite la compréhension par le souscripteur ou l'adhérent.

Préalablement à la souscription, à l'adhésion ou à la première demande de conversion, les entreprises fournissent, à titre d'exemple, des simulations des valeurs de rachat ou de transfert. A cette fin, les entreprises s'engagent à présenter des simulations non seulement pour les huit premières années au moins mais aussi, le cas échéant, à un terme plus long, cohérent avec les caractéristiques du produit commercialisé.

Pendant la vie du contrat, les entreprises d'assurance s'engagent à mettre à la disposition du souscripteur ou de l'adhérent une information la plus fréquente possible et au moins annuelle sur la valorisation du contrat.

3. Commercialisation

En cas de souscription ou d'adhésion à un nouveau contrat comportant des engagements donnant lieu à provision de diversification ou de transformation d'un contrat existant en contrat comportant des engagements donnant lieu à provision de diversification, l'attention du souscripteur ou de l'adhérent doit être attirée par le conseiller en assurances de personnes sur les points suivants :

différents types de supports peuvent être proposés au sein du contrat, qu'il s'agisse de supports en euros, de supports en unités de compte, de supports Eurocroissance et de supports croissance ;

les conséquences de la transformation d'un contrat existant, notamment sur les caractéristiques des garanties doivent être précisées ;

pour les supports croissance et Eurocroissance, le niveau garanti des sommes investies (exprimé en pourcentage et si possible en montant) et la durée au terme de laquelle la garantie est acquise doivent être précisés. Les garanties relatives aux versements programmés ou complémentaires sont précisées. En cas de versements complémentaires non programmés sur un support croissance ou Eurocroissance dans les dernières années précédant l'échéance de la garantie (par exemple trois ans), l'attention du souscripteur ou de l'adhérent doit être attirée sur la durée résiduelle de la garantie et sur les conséquences en termes de provision de diversification et donc, d'espérance de rendement ;

pour les supports croissance et Eurocroissance, les conditions de prorogation à l'échéance de la garantie et les modalités et conditions de rachat pendant la durée du contrat doivent être précisées ;

pour les supports croissance et Eurocroissance, l'existence éventuelle d'une provision collective de diversification différée destinée à lisser les performances dans la durée doit être indiquée ;

seuls les supports euros et Eurocroissance ont une garantie intégrale du capital, (qui correspond aux sommes versées après déduction des frais), à tout moment pour l'euro, au terme choisi pour l'Eurocroissance ;

à l'exception du support en euros, tous les autres supports peuvent fluctuer à la hausse ou à la baisse en fonction de l'évolution des marchés financiers.

4. Suivi

Les entreprises d'assurance mettent en place un suivi annuel (« reporting ») à l'intention de la FFA afin :

d'indiquer la répartition de leurs actifs correspondants à des supports Eurocroissance ou croissance,

de suivre l'évolution de leurs passifs, y compris du fait de versements complémentaires non programmés.

14

Engagement relatif aux contrats en UC, y compris ceux reposant sur des actifs dédiés fermés

Faisant suite à un précédent engagement de 1994, modifié en 2003, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le présent engagement a été adopté par la profession pour éviter que ne se développent des pratiques qui auraient pu être préjudiciables aux assurés comme à sa propre image.

1. Contrats en unités de compte

Les contrats en unités de compte constituent des opérations d'assurance et les produits proposés par les entreprises doivent évidemment respecter les caractéristiques de ces opérations.

Les actifs affectés aux contrats en unités de compte, dont on rappelle qu'ils servent de référence aux engagements de l'assureur, sont effectivement et à tout moment la propriété des entreprises d'assurance.

- L'entreprise d'assurance doit conserver l'exercice de tous les droits qui sont attachés aux actifs. En particulier, tout pacte d'actionnaire ou convention de même nature est à écarter. Il convient également d'éviter tout démembrement de propriété des actions ainsi que les prêts de titres.
- Toute participation directe ou indirecte du souscripteur du contrat à la gestion des actifs par l'entreprise d'assurance est à écarter. Ceci n'interdit évidemment pas la possibilité pour le souscripteur de choisir, lorsque le contrat le prévoit, les unités de compte à la souscription ou en cours de contrat.

L'article R.131-1 autorise comme actif support les actions des entreprises d'assurance : l'entreprise d'assurance ne devrait pas commercialiser des contrats en unités de compte utilisant ses propres actions pour des raisons prudentielles. Il est rappelé que les règles concernant l'auto contrôle sont applicables aux entreprises d'assurance.

2. Principes concernant les contrats reposant sur des actifs dédiés fermés

Les principes ci-après complètent ceux visés précédemment. Ils concernent les contrats reposant sur des actifs dédiés fermés définis comme suit : les actifs dédiés fermés sont des actifs supports de contrats dont l'accès est réservé de manière explicite ou implicite à un souscripteur, ou à un nombre limité de souscripteurs ou d'adhérents, ce nombre ne pouvant être augmenté sans son ou leur accord.

Les dispositions réglementaires qui permettent l'affectation directe d'un actif unique de type actions, obligations, sont à concilier avec les exigences de mutualisation des risques à l'égard de l'ensemble de l'activité de l'entreprise d'assurance. Dans tous les cas, la gestion des actifs doit être faite de façon à ne pas nuire à l'équilibre des autres contrats.

En complément aux dispositions de la loi du 16 juillet 1992 les principes suivants doivent être suivis :

2.1. Les objectifs de gestion des actifs concernés sont clairement définis à la souscription du contrat. Ils sont consignés par écrit. Toute modification de ces objectifs est constatée par avenant.

2.2. Les versements sur ce type de contrat doivent être effectués uniquement en numéraire.

2.3. Il est précisé que l'entreprise d'assurance ne peut accepter de transférer la jouissance des droits et obligations attachés aux actifs.

2.4. Aucune ligne, dès lors qu'elle est constituée par des actions, par des parts de société immobilière, ou des obligations convertibles, ne peut excéder 20 % de la valeur de l'actif dédié fermé.

2.5. La détention de titres appartenant à une même catégorie de titres d'un même émetteur ne peut excéder 20 % de l'ensemble de cette catégorie de titres du même émetteur.

Ces dispositions ne concernent évidemment pas les contrats collectifs souscrits par les entreprises au profit de l'ensemble ou d'une catégorie de leurs collaborateurs.

15

Engagement relatif à l'utilisation des avances sur contrat

Faisant suite à un précédent engagement de 1995, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le présent engagement a pour objet de préciser le cadre dans lequel les avances peuvent être consenties par l'assureur, les contrats d'assurance vie devant conserver les finalités et le statut spécifique qui sont les leurs.

Le présent engagement est applicable aux avances accordées à compter de son adoption pour les nouveaux contrats, ainsi que pour les contrats en cours dont les clauses contractuelles ne prévoient pas de procédure contraire.

L'avance est une opération par laquelle l'assureur accepte de faire au souscripteur ou à l'adhérent une avance d'argent sans modifier le fonctionnement du contrat d'assurance vie ou du contrat de capitalisation.

1. Information du souscripteur ou adhérent lors de l'avance

Au moment où l'assureur consent une avance, il doit informer le souscripteur ou l'adhérent de ses caractéristiques et ses modalités.

1.1. Informations sur les caractéristiques de l'avance

- les avances ne doivent pas être programmées dans le contrat ni revêtir un caractère systématique ;
- l'avance en cours ne doit pas être imputée sur les provisions mathématiques pour éviter qu'elle soit confondue avec un rachat partiel ;
- aucune avance ne peut être effectuée avant l'expiration du délai de renonciation prévu à l'article L.132-5-1 du Code des assurances.

1.2. Informations sur les modalités de l'avance

Les modalités de l'avance doivent respecter certains principes concernant le montant, la durée, et le taux d'intérêt.

Les conditions de l'avance doivent faire l'objet d'un document spécifique remis par l'assureur au souscripteur ou l'adhérent lorsque l'avance est consentie.

2. Montant de l'avance

Le montant de l'avance ne doit pas dépasser 80 % du montant de la provision mathématique pour les contrats en euros et 60 % pour les contrats en unités de compte.

Les avances pouvant être accordées dans un contrat en unités de compte ne pourront s'effectuer qu'en euros.

3. Durée de l'avance

L'avance est consentie pour une durée qui ne peut excéder trois années renouvelables deux fois.

Les entreprises d'assurance incitent les souscripteurs ou adhérents à procéder au remboursement de l'avance au plus tard lors du terme de l'avance.

4. Taux d'intérêt de l'avance

Les conditions de calcul du taux d'intérêt annuel auquel est consentie l'avance doivent être indiquées au souscripteur au moment de l'opération.

Le taux d'intérêt doit être au moins égal au taux moyen des emprunts d'Etat, calculé sur une base au plus semestrielle, majoré du taux des frais de gestion du contrat et d'une rémunération normale de l'assureur.

Pour les contrats comportant un compartiment euros, ce taux doit en outre être au moins égal au taux de rémunération du compartiment euros du contrat de l'année précédant la demande d'avance majoré des frais de gestion du contrat et d'une rémunération normale de l'assureur.

16

Engagement relatif à la terminologie des contrats emprunteurs

Approuvé en 1998, le présent engagement a été confirmé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

Le présent engagement a été établi pour répondre à une demande de la direction du Trésor de clarifier la terminologie des contrats emprunteurs.

L'AFECEI et l'AFB avaient été, en 1998, informées de cet engagement afin qu'elles prennent, en ce qui les concerne, des dispositions similaires.

1. Invalidité Absolue et Définitive (IAD)

Pour éviter toute ambiguïté avec les garanties incapacité/invalidité, tout spécialement lorsque la garantie IAD seule accompagne la garantie décès, il est recommandé d'utiliser la locution : "Perte Totale et Irréversible d'Autonomie" (P.T.I.A.)

Pour ce type de garantie, la définition du mode de reconnaissance du sinistre est essentielle. Pour les salariés, l'événement retenu est très souvent le bénéfice d'une pension de 3ème catégorie par la Sécurité sociale. Mais il existe des contrats où la reconnaissance est liée à la nécessité du recours à une tierce personne pour les activités de la vie courante, à une perte totale d'autonomie. Pour l'assuré, l'important est que le contrat définisse très clairement le mode de reconnaissance du sinistre.

2. Harmonisation des notions d'incapacité et d'invalidité

Il est recommandé que les définitions contractuelles des garanties incapacité et invalidité s'inscrivent dans le cadre suivant :

- Incapacité : inaptitude temporaire, partielle ou totale, en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une maladie ou d'un accident, à exercer une ou des activité(s), professionnelle(s) ou non, définies au contrat d'assurance et précisées dans les documents d'information (notice légale, ...) dont l'assuré dispose. Il est essentiel de préciser s'il s'agit de l'inaptitude à l'activité exercée (pour les salariés, l'emploi exercé) au moment du sinistre, de l'inaptitude à une activité (un emploi pour les salariés) socialement équivalent, de l'inaptitude à toute activité (emploi pour les salariés), etc…
- Invalidité : réduction permanente, partielle ou totale, en raison d'un handicap physique ou psychique entraîné par une maladie ou un accident, de certaines aptitudes de l'assuré. Selon les dispositions du contrat, il peut s'agir soit d'une invalidité fonctionnelle, soit d'une inaptitude à exercer une ou des activité(s) professionnelle(s) ou non, définies au dit contrat et précisées dans les documents d'information (notice légale, ...) dont l'assuré dispose. Il est essentiel de préciser s'il s'agit de l'inaptitude à l'activité exercée (pour les salariés, l'emploi exercé) au moment du sinistre, de l'inaptitude à une activité (un emploi pour les salariés) socialement équivalent, de l'inaptitude à toute activité (emploi pour les salariés), etc…

Il ressort de ces deux notions que :

- l'adjectif *temporaire* ne doit concerner que l'incapacité, et l'adjectif *permanent* que l'invalidité ;
- en revanche, les termes *partiel* et *total* peuvent être utilisés pour incapacité et invalidité ;
- les définitions ainsi proposées se veulent génériques, en ce sens il est du ressort des sociétés de préciser la nature des garanties et les conditions d'ouverture de celles-ci et ne modifient en rien le contenu des contrats existants.

3. Reconnaissance par la Sécurité sociale et reconnaissance par les entreprises d'assurance

Il est recommandé d'introduire dans les documents d'information remis aux assurés une mise en garde explicite sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale relatives à l'incapacité ou à l'invalidité et celles des assureurs dans les mêmes domaines.

17

Engagement relatif au contrat d'assurance emprunteur

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFA le 11 décembre 2018 et modifié par l'Assemblée générale du 20 décembre 2022. Il a pour objet de mettre en œuvre l'avis du Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF) du 27 novembre 2018 concernant la couverture des contrats de prêt à durée modulable.

Couverture des contrats de prêt à durée modulable

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à couvrir l'emprunteur dans la limite de cinq ans et des limites prévues au contrat d'assurance en cas d'allongement de la durée de son prêt dans les conditions prévues par le contrat de prêt initial.

Cette extension de couverture s'applique, que l'allongement résulte de la nature même du prêt ou de l'exercice d'une option à la main du client dans le cas des prêts modulables.

Les entreprises s'engagent à ce que cette extension de couverture se fasse à garanties et grilles tarifaires inchangées et ne soit pas subordonnée à une nouvelle sélection médicale.

18

Engagement relatif à l'inclusion d'une garantie enfants malades dans les contrats d'assurance emprunteur

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFA le 20 décembre 2023.

Il a pour objet de mettre en œuvre l'avis du Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF) concernant l'inclusion d'une garantie « Aide à la famille ».

Le 5 avril 2023, une tribune signée par 185 députés et 85 associations a été publiée dans laquelle les assureurs sont appelés à inclure dans leurs contrats d'assurance emprunteur une garantie pour le cas des familles qui, pour s'occuper d'un enfant gravement malade ou victime d'un accident de la vie, se voient dans l'obligation de réduire ou de cesser brutalement leur activité professionnelle.

Dans ce contexte et afin de répondre à la demande du député Paul Christophe, Vice-président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le Comité Consultatif du Secteur Financier (CCSF) souhaite que les assureurs s'engagent à inclure une telle garantie dans au moins un des contrats d'assurance emprunteur proposés par chaque entreprise d'assurance.

Les assureurs s'engagent à prévoir une garantie « Aide à la famille » dans au moins un de leurs contrats d'assurance emprunteur. Cette garantie permet une prise en charge temporaire de tout ou partie des échéances des crédits immobiliers pour financer l'achat de la résidence principale dans le cas d'un assuré contraint de cesser partiellement ou totalement son activité professionnelle pour assister son enfant mineur (atteint d'une maladie grave ou victime d'un accident grave de la vie) dans les limites et définitions qui seront prévues par le contrat. Cette garantie peut être conditionnée à la souscription d'une couverture incapacité temporaire de travail.

Cette nouvelle garantie sera mise en place au plus tard le 1er juillet 2025 dans au moins un des contrats d'assurance emprunteur distribués à compter de cette date.

19

Engagement relatif à la communication des taux de rendement des supports en euros des contrats d'assurance vie et de capitalisation

Faisant suite à un précédent engagement de 1998, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

A un moment où des règles prudentielles ont été renforcées, les assureurs ont porté une attention particulière aux conditions de l'information du public sur les taux des rendements des contrats d'assurances vie et de capitalisation correspondant à des engagements en euros. Les engagements pris concernent aussi bien l'information communiquée à la presse que la publicité et les documents promotionnels.

1. Champ d'application

Les engagements qui suivent portent sur la diffusion au public des taux de rendement des contrats à adhésion individuelle d'assurance vie et de capitalisation, et non sur l'information des souscripteurs des contrats concernés, qui est l'objet d'une réglementation spécifique et d'engagements complémentaires par la profession.

Ces engagements s'appliquent dans les communications des entreprises d'assurance membres de la FFA à destination du grand public ainsi que dans la réponse aux questionnaires transmis par la presse, afin d'améliorer la clarté et la transparence des informations que notre profession diffuse sur l'évolution du rendement des contrats.

2. Contenu

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à ce que l'information sur la performance d'un contrat donné ne puisse laisser faussement croire, implicitement ou explicitement, qu'elle concerne d'autres contrats ou la totalité des contrats proposés par l'entreprise.

En outre, afin de permettre une bonne information et d'éviter que celle-ci puisse donner lieu, soit à des confusions, soit à des erreurs d'interprétation, les entreprises adhérentes s'engagent à prendre les précautions ci-après :

- le taux de rendement annoncé et communiqué sur un contrat en euros doit être le taux de rendement net de frais de gestion annuels et brut de prélèvements sociaux ;
- si le contrat n'est plus commercialisé, mention doit en être faite après l'énonciation du taux ;
- les performances portant sur des périodes différentes d'un an doivent être annualisées ;
- s'agissant de promesses de taux garantis, il y a lieu d'indiquer clairement si la garantie porte ou non sur les encours existants du contrat, ainsi que :
  - la période durant laquelle les nouveaux versements bénéficieront de la garantie ;
  - la période durant laquelle s'applique le taux garanti ;
  - les éventuelles autres conditions à remplir pour bénéficier du taux garanti.

Par ailleurs, pour toute communication spécifiquement destinée à établir des comparaisons avec d'autres contrats, il doit être indiqué soit le montant total de l'épargne en euros gérée au titre de la catégorie de contrats concernée par le taux, soit le pourcentage d'encours en euros que ce contrat représente par rapport à l'ensemble des engagements en euros gérés par l'entreprise (ce pourcentage s'entend par entreprise, prise isolément au sein d'un groupe, pour ses opérations d'assurance directe en France).

20

Engagement relatif aux contrats d'assurance vie

Faisant suite à un précédent engagement de 2001, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011 puis a été modifié par l'Assemblée générale de la FFSA le 25 juin 2013 et par la Commission exécutive du GEMA le 13 juin 2013.

La spécificité du contrat d'assurance vie impose que soient réaffirmés notamment par une rédaction sans ambiguïté le contenu du contrat d'assurance vie et la nature des garanties proposées. Cette spécificité doit être prise en compte dans les pratiques à la souscription.

1. Contenu et rédaction du contrat d'assurance vie

La rédaction du contrat met en évidence les éléments spécifiques au contrat d'assurance vie.

1.1. Mentions caractérisant le contrat d'assurance vie

Les documents contractuels contiennent notamment des mentions relatives :

- au fait qu'il s'agit d'un contrat d'assurance vie régi par le Code des assurances ;
- au numéro et à l'intitulé de la branche dont il relève (20. Vie décès ; 22 assurances liées à des fonds d'investissement…) ainsi qu'à son nom technique (capital différé, temporaire décès, etc.) ;
- à sa durée (temporaire ou viagère) ;
- à l'existence d'une ou plusieurs têtes assurées ;
- à la nature de la garantie (vie, décès, autres…) ;
- à la possibilité, pour le contractant, de désigner un bénéficiaire, ainsi qu'au mécanisme et aux conséquences de cette désignation et de l'acceptation du bénéfice du contrat.

1.2. Termes utilisés dans les documents contractuels

Le contrat doit utiliser les termes prévus par le code des assurances pour décrire les engagements et notamment lorsqu'il s'agit de qualifier les primes, la tête assurée et les garanties.

L'objectif de rendre les textes contractuels plus compréhensibles pour les contractants non avertis, ne doit pas aller à l'encontre de la spécificité du contrat, et notamment ne doit pas conduire à une présentation juridiquement et techniquement incomplète du contrat. L'aide à la compréhension des termes et techniques relevant du contrat d'assurance vie peut se faire par recours à un lexique, qui présente et commente les mots techniques lorsqu'ils sont difficiles à comprendre par les souscripteurs (valeur et modalités de rachat, participation aux bénéfices, etc...).

1.3. La communication publicitaire

Au-delà de la rédaction contractuelle proprement dite, la communication publicitaire du contrat doit éviter toute ambiguïté sur la nature d'assurance vie du contrat. Il convient donc d'être très vigilant sur ces communications, quel que soit le support utilisé, et d'écarter toute formulation qui ne correspondrait pas clairement à la réalité juridique, technique et fiscale du contrat proposé (le contrat d'assurance vie n'est pas une enveloppe fiscale, un compte d'épargne, etc...).

2. Spécificité des garanties d'un contrat d'assurance vie

Le contrat d'assurance vie est un contrat aléatoire dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine contrairement aux produits financiers.

En conséquence, et pour s'inscrire dans les préconisations de l'engagement professionnel relatif à la commercialisation des assurances de personnes, le contrat doit préciser :

- l'événement (vie ou décès) qui, atteignant la tête ou les têtes assurées, entraîne le paiement des prestations garanties ;
- si des garanties complémentaires relevant le cas échéant d'une autre branche d'assurance sont prévues, telles que le doublement de la prestation garantie en cas de décès accidentel, ou la couverture de la perte totale et irréversible d'autonomie, ainsi que, pour des contrats comportant une valeur de rachat notamment libellée en unités de compte, l'existence éventuelle d'une garantie plancher ;
- les modalités de paiement de la prestation, et notamment si une sortie en rente est possible, modalité que seul le contrat d'assurance peut fournir.

Le contrat ne peut faire mention des garanties de performance de l'unité de compte, lorsqu'il s'agit d'un contrat libellé en UC adossés à de tels supports. En effet, il convient d'éviter que le souscripteur puisse faire une confusion entre les garanties du contrat et les garanties attachées à l'unité de compte, chacune ayant sa propre logique et ses propres règles de fonctionnement.

3. Points de vigilance

Un contrat d'assurance vie répond à des besoins particuliers des contractants. S'agissant d'une opération inscrite dans la durée, il convient d'éviter les souscriptions qui fragilisent l'opération d'assurance vie, tant sur le plan civil que sur le plan fiscal.

Au-delà des préconisations inscrites dans l'engagement professionnel relatif à la commercialisation des assurances de personnes, il est nécessaire de porter une attention particulière aux éléments suivants :

- l'âge à la souscription :

Il faut écarter les souscriptions à des âges très élevés dans des conditions qui laissent envisager un risque sensible de contestations ultérieures. L'entreprise d'assurance doit mettre en place une procédure d' examen systématique pour les demandes de souscription au-delà d'un certain âge et, en tout état de cause, à partir de 85 ans, afin de vérifier l'opportunité, pour le souscripteur, de l'opération d'assurance vie envisagée.

- le montant des primes versées :

Ce montant doit être adapté aux objectifs du souscripteur et à la composition de son patrimoine.

- la rédaction de la clause bénéficiaire, qui, établie par le souscripteur en fonction des objectifs qu'il assigne à l'opération d'assurance vie, doit comporter les éléments d'information nécessaires à sa mise en jeu.

21

Engagement relatif à l'information des notaires par les assureurs

Compte tenu des évolutions règlementaires, la Fédération Française de l'Assurance (FFA) et le Conseil supérieur du notariat (CSN) ont mis à jour les Accords Notaires/ Assureurs de 2002.

Un nouvel accord a été conclu le 25 juillet 2017. Il a pour objet les informations relatives aux contrats d'assurance vie pouvant être communiquées :

- *d'une part, par l'assureur au notaire à l'occasion du règlement des successions, et,*
- *d'autre part, par le notaire à l'assureur à l'occasion de la recherche des coordonnées du bénéficiaire ayant droit de l'assuré.*

Faisant suite à un précédent engagement de 2011, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFA le 13 décembre 2017.

INFORMATION DES NOTAIRES PAR LES ASSUREURS

Contrats dénoués par le décès de l'assuré

Le notaire peut interroger l'assureur sur l'existence des contrats d'assurance vie souscrits par le défunt et certaines de leurs caractéristiques sous réserve du respect des obligations de confidentialité de l'assureur qui ne lui permettent notamment pas de révéler l'identité du ou des bénéficiaire(s).

Au regard des éléments communiqués, en particulier du montant des primes versées, les héritiers pourront, le cas échéant, par voie judiciaire, obtenir communication d'informations complémentaires et faire valoir leurs droits en application de l'article L.132-13 du code des assurances.

Un modèle d'échange de lettres entre notaires et assureurs a été élaboré.

Contrats non dénoués lors de la liquidation d'une communauté par décès d'un des époux

L'administration fiscale, afin de garantir la neutralité fiscale pour l'ensemble des héritiers lors du décès d'un des époux, considère que la valeur de rachat d'un contrat d'assurance vie, souscrit avec les fonds communs et non dénoué lors de la liquidation d'une communauté conjugale à la suite du décès de l'un des époux, n'est pas, au plan fiscal, intégrée à l'actif de la communauté conjugale lors de sa liquidation, et ce quelle que soit la qualité des bénéficiaires désignés. La valeur de rachat ne constitue donc pas un élément de l'actif successoral pour le calcul des droits de mutation dus par les héritiers de l'époux prédécédé. Ainsi, en cas de décès n'entraînant pas le dénouement du contrat d'assurance vie, la valeur de rachat du contrat non dénoué souscrit avec des fonds communs n'est pas soumise aux droits de succession (cf. BOI-ENR-DMTG-10-10-20-20-20160531).

En application du mandat qu'il a reçu de la part du conjoint survivant commun en biens, le notaire peut interroger l'assureur sur l'existence éventuelle de contrats d'assurance vie souscrits auprès de cet assureur par le conjoint survivant.

Un modèle d'échange de lettres entre notaires et assureurs a été élaboré afin que le conjoint survivant soit clairement informé de la position de l'administration fiscale.

INFORMATION DES ASSUREURS PAR LES NOTAIRES

Dans le cas où le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie est l'ayant droit de l'assuré décédé, le II de l'article 8 de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence prévoit que l'assureur obtient sur sa demande auprès du notaire en charge de la succession la communication des informations nécessaires à l'identification du bénéficiaire ayant droit de l'assuré. L'assureur joint à sa demande un certificat établissant son obligation vis-à-vis de l'ayant droit du défunt, bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie.

Un modèle de certificat établissant l'obligation de l'assureur vis-à-vis du bénéficiaire du contrat d'assurance vie a été élaboré.

22

Engagement relatif aux contrats d'assurance vie et aux contrats de capitalisation souscrits par des personnes morales

Faisant suite à un précédent engagement de 2002, le présent engagement a été approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011.

La question se posait des conditions dans lesquelles les entreprises pouvaient souscrire à leur bénéfice un contrat d'assurance vie ou de capitalisation pour effectuer des opérations liées à leur trésorerie, sans nuire à la mutualité des assurés.

Les entreprises d'assurance membres de la FFA s'engagent à ne pas accepter la souscription d'un contrat d'assurance vie ou d'un contrat de capitalisation qu'il soit libellé en euros ou en unités de compte par les entreprises industrielles, commerciales et artisanales et les personnes morales soumises à l'impôt sur les sociétés.

Cet engagement ne vise pas les contrats de capitalisation à prime unique souscrits :

- par des organismes de droit privé sans but lucratif ;
- par des sociétés qui ont pour activité principale la gestion de leur propre patrimoine mobilier et immobilier dont les associés sont soit des personnes physiques, soit des sociétés non soumises à l'impôt sur les sociétés, soit des sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés dont les associés seraient exclusivement des personnes physiques ou des sociétés non soumises à l'impôt sur les sociétés ;

  à condition que le chiffre d'affaires de ces sociétés au titre de leurs activités industrielles, commerciales, artisanales ou libérales ne dépasse pas 10 % de la somme du chiffre d'affaires et des produits financiers, y compris les plus-values. Les loyers et les honoraires de prestations de service ou de conseil fournies aux filiales n'entrent pas en ligne de compte dans le chiffre d'affaires considéré.

Ces contrats souscrits par les organismes ou sociétés cités ci-dessus doivent respecter les deux règles suivantes :

- pour leur engagement en euros, la rémunération totale afférente au moins aux douze premiers mois n'est attribuée au contrat qu'au terme de la quatrième année suivant la souscription ;
- en cas de sortie du support en euros par rachat avant le terme de la quatrième année, cette rémunération est réduite en proportion du montant racheté par rapport à la valeur totale du contrat.

Tout autre dispositif conduisant à des valeurs de rachat au plus égales à celles résultant des deux règles ci-dessus énoncées peut être appliqué.

En outre, il est précisé que cet engagement ne vise pas les contrats souscrits par une personne morale soit au titre des contrats d'assurance homme-clé, soit au titre de contrats collectifs de retraite, de prévoyance, ou d'indemnités de fin de carrière.

23

Engagement relatif aux contrats d'assurance vie non réclamés

Cet engagement a été :

- approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA le 21 juin 2011 et par la Commission exécutive du GEMA le 12 mai 2011 ;

- modifié par l'Assemblée générale de la FFSA et par la Commission exécutive du GEMA en 2012 et en 2014 ;

- modifié par l'Assemblée générale de la FFSA le 23 juin 2015 et par la Commission exécutive du GEMA le 1er juillet 2015.

Plusieurs mesures ont été prises par les pouvoirs publics au cours des dernières années afin d'éviter que des sommes ne demeurent non réglées en assurance vie : c'est notamment le cas de la loi Eckert du 13 juin 2014 au travers de son chapitre II « contrats d'assurance vie non réclamés ».
Les assureurs souhaitant participer activement à la prévention de l'apparition de contrats d'assurance vie non réglés ont décidé de se doter de l'engagement suivant relatif à des mesures de prévention des contrats d'assurance vie non réglés.

1. Mesures de prévention

Les entreprises d'assurance s'engagent à renseigner de la façon la plus complète possible les informations relatives à l'identité et aux coordonnées du souscripteur ou de l'adhérent, au moment de la souscription et à actualiser ces données durant la vie du contrat.

Les entreprises d'assurance s'engagent à attirer l'attention du souscripteur ou de l'adhérent sur la nécessité de rédiger la clause bénéficiaire en adéquation avec ses volontés et sur l'utilité de l'actualiser en tant que de besoin. Dans le cas d'un contrat d'assurance dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle souscrit par une entreprise au profit de ses salariés, l'attention de l'adhérent est attirée directement par les entreprises d'assurances ou via l'entreprise souscriptrice du contrat.

Lorsque le souscripteur ou l'adhérent ne choisit pas la clause prérédigée, les entreprises s'engagent à l'inciter à renseigner de la façon la plus complète possible l'identité (nom, prénom, date et lieu de naissance) du ou des bénéficiaires désignés, y compris les personnes morales (associations caritatives…).

Les entreprises d'assurance attirent l'attention des souscripteurs ou adhérents d'un contrat d'assurance vie sur l'utilité d'informer les bénéficiaires (y compris s'il s'agit de personnes morales) ou des personnes de confiance de l'existence de ce contrat et des coordonnées de l'assureur.

Les entreprises d'assurance mettent en place des procédures de traitement des retours de courriers adressés aux souscripteurs ou adhérents et revenant avec la mention NPAI (« n'habite pas à l'adresse indiquée ») ou la mention PND (« pli non distribué »).

2. Recours à des prestataires externes pour rechercher les bénéficiaires

Les entreprises d'assurance s'engagent à faire leurs meilleurs efforts pour rechercher par tous moyens les bénéficiaires des contrats d'assurance vie non réclamés dès qu'elles ont connaissance du décès de l'assuré.

Lorsqu'elles font appel à des généalogistes ou à des enquêteurs privés, les entreprises d'assurance s'engagent :

- à demander aux enquêteurs privés communication des justificatifs de leurs conditions d'exercice c'est-à-dire ceux afférents à l'agrément, l'autorisation d'exercice et la carte professionnelle, qui sont délivrés par le Conseil National des Activités Privées de Sécurité ainsi que l'attestation d'assurance couvrant leur responsabilité professionnelle ;
- à prévoir des règles déontologiques dans leurs contrats de prestations tant avec les généalogistes que les enquêteurs privés (confidentialité, protection des données, rappel du principe de non facturation aux bénéficiaires…).

24

Engagement relatif aux contrats d'assurance destinés au financement des obsèques

Approuvé par l'Assemblée générale de la FFSA du 15 décembre 2015 et par la Commission Exécutive du GEMA du 7 janvier 2016, le présent engagement remplace celui qui avait été adopté par l'Assemblée générale de la FFSA le 26 juin 2012 et par la Commission exécutive du GEMA le 26 juin 2012 et confirmé par l'Assemblée générale de la FFSA le 24 juin 2014 et par la Commission exécutive du GEMA le 1er juillet 2014.

Plusieurs dispositions ont été prises par les pouvoirs publics au cours des dernières années concernant les contrats obsèques. Dans ce contexte, les assureurs ont souhaité se doter d'un engagement précisant la définition des contrats obsèques et recensant les bonnes pratiques.

Le dispositif de recherche des contrats obsèques est mis en place à compter du 1er janvier 2017. Il permet la recherche des contrats obsèques souscrits avant cette date et postérieurement à celle-ci.

1. Champ d'application et terminologie

Les contrats obsèques, visés par le présent engagement, sont des contrats d'assurance de personnes dont l'objet principal est explicitement de participer au financement des obsèques de l'assuré, qu'il s'agisse de contrats de financement simple ou de contrats associés à des contrats de prestations funéraires.

Les entreprises d'assurance s'engagent à réserver l'appellation « contrats obsèques » à des contrats dont l'objectif principal de souscription est explicitement de financer par anticipation les obsèques de l'assuré, même s'il existe un dispositif de reversement (par exemple si les obsèques ont été financées par ailleurs ou si le capital décès est supérieur au coût des obsèques).

2. Revalorisation

Les entreprises d'assurance s'engagent à ce que les contrats obsèques prévoient un dispositif de revalorisation du capital.

Cette revalorisation tient compte du taux d'intérêt technique retenu pour déterminer la cotisation.

Les entreprises d'assurance s'engagent à informer chaque année le souscripteur ou l'adhérent de cette revalorisation, et ce quel que soit le montant de la provision mathématique du contrat.

3. Information

Les entreprises d'assurance s'engagent à sensibiliser le souscripteur ou l'adhérent sur l'intérêt d'informer ses proches de l'existence d'un contrat obsèques. Cette sensibilisation est effectuée à la souscription et elle est périodiquement renouvelée.

A titre d'exemple, cette information peut prendre la forme de cartes à remettre à ses proches ou d'autocollant pour le livret de famille.

4. Dispositif de recherche des contrats obsèques

Les entreprises d'assurance s'engagent à ce que toute personne physique ou morale puisse demander à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice dans le cadre d'un contrat obsèques souscrit par une personne dont elle apporte la preuve du décès en envoyant une demande à AGIRA.

Les entreprises d'assurance s'engagent à répondre, dans un délai de trois jours ouvrés à compter de la réception de la demande par AGIRA, au bénéficiaire du contrat obsèques.

Les entreprises d'assurance s'engagent à transmettre à AGIRA les données nécessaires à la mise en place du dispositif de recherche des contrats obsèques et à procéder à leur mise à jour à une fréquence au moins trimestrielle.

5. Commercialisation

Les entreprises d'assurance s'engagent, lorsqu'il y a lieu, à attirer l'attention du souscripteur ou de l'adhérent sur les points suivants :

- le capital après revalorisation peut s'avérer insuffisant pour payer les obsèques ;
- le choix du prestataire reste libre même en cas de contrat référençant un opérateur funéraire.

Par ailleurs, les entreprises d'assurance s'engagent dans les cas particuliers suivants à attirer l'attention sur les conséquences induites :

- lorsqu'il s'agit d'un contrat de financement simple, il n'est pas associé à une offre de prestations funéraires définies à l'avance ;
- lorsque le contrat propose des primes viagères ou périodiques, il sera réduit en cas d'interruption du paiement des cotisations ;
- lorsque le contrat est un contrat multisupports, le capital peut s'avérer insuffisant pour payer les obsèques en raison de la variation possible à la baisse des unités de compte choisies.

25

Engagement relatif à la transférabilité des contrats en assurance vie à la suite de la loi PACTE

Approuvé par l'Assemblée générale de la FFA le 17 juin 2021, le présent engagement fait suite à la loi PACTE qui énonce le principe de la transférabilité intra compagnie comme une faculté soumise au consentement de l'assureur. Chaque assureur a défini sa politique d'acceptation des demandes de transferts et l'a communiquée à ses clients. La profession souhaite à travers le présent engagement aller plus loin via un mécanisme d'acceptation automatique des demandes de transfert dès lors qu'il s'agit notamment du même distributeur.

Au regard des règles de gouvernance des produits et de stratégie de distribution, l'acceptation est plus facilement organisée et sécurisée dans le cadre d'une demande de transfert présentée par le distributeur qui a commercialisé le contrat d'origine. Elle peut donc donner lieu à automatisation, sous réserve de respecter les règles de souscription du contrat d'accueil.

Dans le cas de demandes de transfert avec changement de distributeur, le transfert est rendu plus complexe du fait de ce changement. Les demandes nécessitent alors d'être examinées au cas par cas afin de déterminer si l'assureur est en mesure d'accepter ou pas le transfert. Il est rappelé que chaque client a la liberté de choisir son distributeur. En conséquence le changement d'intermédiaire ne constitue pas un critère d'appréciation pour l'acceptation ou le refus de la demande de transfert sollicitée par un client.

Dans tous les cas, le conseil délivré sur l'opération de transfert par un intermédiaire est de la seule responsabilité de celui-ci et non de celle de l'assureur. Par conséquent, la condition du devoir de conseil est remplie dès lors que le distributeur effectue pour son client une demande de transfert.

Les entreprises d'assurance s'engagent à accepter toute demande de transformation d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation dès lors que les deux conditions suivantes sont remplies :

- le contrat d'accueil est en cours de commercialisation par le même distributeur que le contrat d'origine pour les caractéristiques de clientèles concernées ;
- selon l'analyse du distributeur, le contrat d'accueil présente un caractère approprié et est conforme avec les exigences et besoins du souscripteur ou de l'adhérent.

Cet engagement ne concerne pas le contrat ayant fait l'objet d'une avance non remboursée ou tout contrat dont l'exécution est conditionnée à l'accord d'un tiers.

Les entreprises d'assurance s'engagent à motiver tout refus de demande de transformation. Les entreprises d'assurance s'engagent à informer annuellement le souscripteur ou l'adhérent de façon claire et transparente concernant la possibilité et les conditions de transformation de son contrat, en indiquant notamment que l'éventuelle transformation de son contrat n'entraîne pas les conséquences fiscales d'un dénouement.

ANNEXE

Charte de la Médiation de l'Assurance

L'association « La Médiation de l'Assurance » a pour objet de mettre à la disposition du consommateur un dispositif gratuit de règlement des litiges pouvant intervenir entre les particuliers et les entreprises d'assurances ou les intermédiaires d'assurances adhérant à la présente charte et opérant en France, afin de rechercher des solutions amiables aux conflits opposant un assuré à un assureur ou un intermédiaire portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit.

Les entreprises d'assurances membres de la FFA sont tenues d'adhérer à ce dispositif.

La Médiation de l'Assurance peut intervenir par accords particuliers passés pour des périodes minimales reconductibles de trois ans entre l'association :

- et les entreprises d'assurances membres de la FFA qui le souhaitent :
  - dans les litiges entre les assureurs et un tiers bénéficiaire d'une garantie ou d'une prestation d'assurance ;
  - dans les litiges portant sur une assurance professionnelle à l'exclusion des grands risques au sens du Code des assurances ;
- et des entreprises d'assurances non membres de la FFA qui opèrent sur le marché français en liberté d'établissement ou en libre prestation de service, dès lors que ces entreprises s'engagent à respecter la Charte de la médiation ;
- et les organisations professionnelles représentatives d'intermédiaires d'assurances qui adhéreraient pour le compte de leurs adhérents et des intermédiaires d'assurances qui adhéreraient à titre personnel.

L'association facilite l'accès des assurés à la médiation en mettant à leur disposition un site Internet qui fournit un accès à la liste des entreprises d'assurance adhérentes au dispositif et aux accords particuliers ; il permet également de saisir en ligne une demande de médiation.

Le dispositif de « La Médiation de l'Assurance » est défini par les 10 règles ci-après. La qualité des statistiques de la profession tient essentiellement à la fois de la fiabilité et de l'exhaustivité de nos échanges avec nos partenaires. Un effort sera entrepris pour fournir aux adhérents de la FFA des données les plus significatives tenant compte des transformations survenues dans l'organisation de certains groupes et de la nécessité d'accroître notre collaboration avec les autres familles de l'assurance.

---

1. Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance et dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission.

2. Le recours au Médiateur est gratuit pour le consommateur. La procédure de médiation est une procédure écrite et confidentielle.

3. La saisine du Médiateur de l'Assurance suspend le délai légal de prescription.

4. Le Médiateur de l'Assurance peut être saisi si :

- l'assuré justifie avoir tenté au préalable de résoudre son litige directement auprès de son assureur par une réclamation écrite, selon les modalités prévues le cas échéant dans son contrat ;
- aucune action n'a été ou n'est engagée ; il doit se dessaisir si une action judiciaire a été intentée au cours de l'instruction du dossier.
  En cas de demande manifestement infondée ou abusive, le Médiateur de l'Assurance est libre de se dessaisir et en informe les parties.

5. En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré au sujet des mesures à prendre pour régler un différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi, par accord écrit de la société d'assurance et de l'assuré, en tant que tierce personne au titre de l'article L.127-4 du Code des assurances.
Le Médiateur est notamment compétent en matière de litige sur les cas et conditions de résiliation prévus par le Code des assurances mais ne peut être saisi de l'appréciation de l'opportunité d'une résiliation.
Lorsqu'une action en justice a été intentée par le, pour le, ou au nom de l'assuré dans le cadre d'une clause de défense-recours ou d'une assurance de protection juridique, le Médiateur n'est pas compétent pour examiner si le procès a été bien mené ou si une voie de recours judiciaire mérite d'être exercée.

6. Les entreprises et intermédiaires d'assurances disposent d'un délai maximum de cinq semaines pour répondre aux demandes d'informations ou de documents émanant du Médiateur de l'Assurance.

7. Après réception du dossier complet, le Médiateur de l'Assurance rend un avis motivé dans les quatre-vingt-dix jours au vu des pièces qui lui ont été communiquées.
Dans les cas exceptionnels où ce délai se révèle insuffisant, il en informe, de façon motivée, les deux parties.

8. Il est, dans tout avis rendu par le Médiateur de l'Assurance, précisé qu'il a été établi en considération d'éléments de droit ou d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable. Les parties sont informées que l'avis rendu peut-être différent de la décision d'un tribunal appliquant les dispositions légales.

9. L'avis ne lie pas les parties. Le Médiateur de l'Assurance informe les assurés qu'ils conservent le droit de saisir les tribunaux. La décision de ne pas suivre l'avis du Médiateur doit obligatoirement être portée à sa connaissance, par un courrier émanant de la Direction générale de l'entreprise.

10. Le Médiateur de l'Assurance publie un rapport annuel qui rend compte de son activité. Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'association de la Médiation de l'Assurance et celui des organisations professionnelles adhérentes.

*

France Assureurs – Faire avancer la société en confiance, est une marque de la Fédération Française de l'Assurance.

FRANCE ASSUREURS

26, boulevard Haussmann
75009 Paris

Rue du Champ de Mars 23
1050 Ixelles
Bruxelles-Capitale

franceassureurs.fr
@FranceAssureurs