

ASSOCIATION FRANCAISE DE L'ASSURANCE

**RECUEIL DES ENGAGEMENTS
A CARACTERE DEONTOLOGIQUE
DES ENTREPRISES D'ASSURANCES
MEMBRES DE LA FFSA OU DU GEMA**

JANVIER 2010

AVANT PROPOS

Pour l'établissement du présent recueil, il a été considéré que relèvent seuls de la déontologie professionnelle les engagements dont l'application est obligatoire pour les sociétés et qui visent à garantir aux particuliers un certain niveau dans l'information qui leur est donnée, dans les caractéristiques des produits qui leurs sont proposés ou dans les conditions dans lesquelles leurs demandes et dossiers sont traités. En ont en revanche été écartées 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 sociétés d'assurances entre elles ou avec les intermédiaires d'assurance.

L'expérience dans l'application de ces engagements, comme l'évolution permanente des produits proposés et de l'environnement législatif, impliquent que le présent recueil soit modifié et complété en permanence. La satisfaction des assurés et l'amélioration de l'image de la profession devraient être pour cette dernière la juste contrepartie des efforts qu'elle a consentis depuis de nombreuses années pour développer la déontologie.

Bernard Spitz
Président de l'AFA
Président de la FFSA

Gérard Andreck
Vice-Président de l'AFA
Président du GEMA

LISTE DES ENGAGEMENTS

Engagements concernant l'ensemble des assureurs

- | | | |
|---|--|---|
| 1 | Engagement sur la mise en place de dispositifs de médiation | 2 |
| 2 | Engagement de désigner une personne chargée de vérifier le respect des règles de déontologie de l'AFA..... | 3 |

NB : deux engagements sont également en cours de rédaction concernant respectivement les bonnes pratiques des opérations d'assurances sur Internet et la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

Engagements concernant les assureurs de biens et de responsabilité

- | | | |
|---|---|----|
| 3 | Engagement sur le règlement des corporels graves | 4 |
| 4 | Engagement relatif à l'assurance de protection juridique..... | 14 |
| 5 | Engagement sur le traitement des résiliations des contrats automobile et MRH des particuliers | 17 |

Engagements concernant l'ensemble des assureurs de personnes

- | | | |
|---|---|----|
| 6 | Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) du 6 juillet 2006 | 19 |
| 7 | 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 | 44 |
| 8 | Engagement relatif à la commercialisation des assurances de personnes..... | 50 |

Assureurs vie et capitalisation

- | | | |
|----|--|----|
| 9 | Engagement relatif aux contrats en UC reposant sur des actifs dédiés fermés..... | 53 |
| 10 | Engagement relatif à l'utilisation des avances sur contrat..... | 56 |
| 11 | Engagement relatif aux contrats en UC adossés à des supports à performances garanties ... | 58 |
| 12 | Engagement relatif à la terminologie des contrats emprunteurs | 59 |
| 13 | Engagement relatif à la communication des taux de rendement des supports en euros des contrats d'assurance vie et de capitalisation | 61 |
| 14 | Engagement relatif aux contrats d'assurance vie..... | 63 |
| 15 | Engagement sur l'information des notaires par les assureurs..... | 65 |
| 16 | Engagement relatif aux contrats d'assurance vie et aux contrats de capitalisation souscrits par des entreprises..... | 68 |
| 17 | Engagement relatif à la commercialisation du plan d'épargne retraite populaire | 69 |
| 18 | Engagement relatif aux contrats d'assurance de groupe souscrits par des associations | 71 |
| 19 | Engagement relatif à la transformation de contrats d'assurance vie ou de capitalisation en Euros en contrats ou bons en unités de compte | 73 |
| 20 | Engagement visant à prévenir l'existence de contrats d'assurance vie non réclamés | 75 |

ENGAGEMENT SUR LA MISE EN PLACE DE DISPOSITIFS DE MEDIATION

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 15 décembre 2009 et par la Commission exécutive du GEMA le 11 juin 2009.

En 1989 au GEMA et en 1993 à la FFSA, deux dispositifs de médiation ont été respectivement mis en place par les sociétés membres.

A noter que la loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 a introduit dans le Code des assurances un article L112-2 qui fait obligation à l'assureur de préciser dans les documents d'information qui sont remis au preneur d'assurance les modalités d'examen des réclamations ainsi que l'existence de l'instance chargée de cet examen et à laquelle il appartiendra, en cas de persistance du conflit, de communiquer au requérant les coordonnées du médiateur.

Le présent engagement a pour objet de fixer les règles minimales applicables en matière de médiation.

Les entreprises d'assurances membres de la FFSA et du GEMA doivent mettre en place un dispositif de médiation ouvert à leurs assurés et qui satisfait au moins aux exigences suivantes :

- les médiateurs doivent être indépendants des entreprises d'assurances pour lesquelles ils interviennent et doivent exercer leur mission en toute indépendance ;
- les entreprises d'assurances doivent s'efforcer de répondre rapidement aux demandes d'informations et de documents émanant des médiateurs dans le cadre des dossiers dont ils sont saisis ;
- tout assuré au titre des risques du particulier a droit d'accéder gratuitement au médiateur compétent en fonction de l'entreprise d'assurances qui le garantit. Ce droit n'est toutefois acquis qu'après qu'il a épuisé les procédures de traitement des réclamations internes à la société ;
- l'engagement d'une procédure de médiation par l'assuré ou avec son accord entraîne suspension automatique des délais de prescription en cours jusqu'au rendu de l'avis du médiateur. A l'issue de la médiation, l'assuré conserve tous ses droits à l'introduction d'une éventuelle action contentieuse.

ENGAGEMENT DE DESIGNER UNE PERSONNE CHARGEE DE VERIFIER LE RESPECT DES REGLES DE DEONTOLOGIE RETENUES PAR L'AFA

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 24 juin 2003 et par la Commission exécutive du GEMA le 14 mai 2009.

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 sociétés de désigner une personne chargée de veiller à leur respect.

Chaque entreprise membre de la FFSA ou du GEMA 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.

ENGAGEMENT SUR LE REGLEMENT DES CORPORELS GRAVES

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 25 juin 2002 puis confirmé le 24 juin 2003. Il a été adopté par la Commission technique accident du GEMA le 22 mai 2002 puis confirmé par sa Commission exécutive le 14 mai 2009.

Le présent engagement vise à assumer pleinement et dans la transparence la maîtrise technique de l'indemnisation des victimes d'accidents corporels graves.

PREAMBULE

I. LES INDICATEURS DE DETECTION D'UN CORPOREL GRAVE

1. Les indicateurs factuels
2. Les indicateurs médicaux et lésionnels

II. PHASES DE TRAITEMENT DES DOSSIERS GRAVES

1. La phase d'instruction du dossier
 - 1.1. Le rôle de l'inspecteur
 - 1.2. Le rôle du médecin expert
2. La phase de gestion proprement dite du dossier
 - 2.1. Avant la consolidation de l'état de la victime
 - 2.2. A compter de la consolidation de l'état de la victime

III. SITUATIONS PARTICULIERES

1. Les enfants
2. Les personnes âgées

IV. LA PHASE DE REGLEMENT

V. LA PHASE CONTENTIEUSE EVENTUELLE

NB : Ce document a été élaboré en collaboration avec le Fonds de Garantie Automobile.

PREAMBULE

Chacun de nous est exposé, dans sa vie privée ou professionnelle, au risque d'accident. Il se réalise parfois avec de lourdes conséquences. Ainsi des personnes restent atteintes de graves séquelles physiologiques qui nécessitent souvent une aide humaine. Dans ce cas, les victimes n'attendent pas seulement de l'assureur une réponse indemnitaire. Elles ont également besoin d'aides importantes compte tenu des multiples difficultés qui vont se présenter :

- aide psychologique, pour accompagner la réinsertion sociale ou professionnelle ;
- aide matérielle, pour bâtir un projet de vie, un projet professionnel ;
- aide pour effectuer les démarches administratives.

L'objectif de ce document est de proposer aux sociétés d'assurances une approche uniforme en matière de gestion des dossiers graves pour développer des solutions innovantes, associant la réparation en nature à l'indemnisation classique.

Le passage du centre de rééducation au lieu de vie définitif est un moment difficile pour les victimes. Il importe qu'il soit bien préparé et accompagné.

Pour que le projet de vie nouvelle soit réussi, l'assureur doit mettre au service des victimes des spécialistes de la réparation du dommage corporel : gestionnaires, inspecteurs régleurs, médecins, architectes, ergothérapeutes.

Lorsqu'un mandataire est désigné, il devient l'interlocuteur privilégié dans le cadre du processus qui conduit à l'indemnisation.

Les propositions formulées doivent permettre d'augmenter le pourcentage, déjà élevé (70 %), des dossiers graves réglés en concertation avec la victime ou son mandataire. Lorsque la négociation ne pourra aboutir, l'assureur qui dispose d'un dossier témoignant de ses démarches et de ses offres en faveur de la victime pourra le transmettre au juge. Le magistrat possédera ainsi tous les éléments nécessaires pour arbitrer le litige.

Après avoir recensé les indicateurs susceptibles d'attirer l'attention des gestionnaires sur la gravité d'un accident, ce document examinera les différentes phases de gestion qui vont aboutir à l'indemnisation des victimes.

I. LES INDICATEURS DE DETECTION D'UN CORPOREL GRAVE

La détection rapide des cas graves par les questionnaires permettra une intervention efficace auprès de la victime et de son entourage. Cet acte élémentaire de gestion, qui est, en termes d'action, déterminant pour le développement futur du dossier, s'appuiera sur un examen attentif des premières informations recueillies sur les circonstances et les conséquences de l'accident. Les indicateurs d'alerte peuvent être classés en deux catégories.

1. LES INDICATEURS FACTUELS

Ce sont les indices extramédicaux en rapport avec des éléments de fait ou environnementaux :

- nature du ou des véhicules impliqués (camion, cyclomoteur) ;
- qualité de la victime (cyclomotoriste, cycliste, piéton, personne âgée ...) ;
- intensité du choc (désincarcération des victimes ...) ;
- transport initial de la victime en hélicoptère ;
- transfert secondaire de la victime vers un CHU ;
- hospitalisation dans un service de réanimation, de neurochirurgie ...

2. LES INDICATEURS MEDICAUX ET LESIONNELS

Il s'agit d'exploiter les informations médicales portant sur les lésions corporelles ou relatives à certains facteurs cliniques. Pour les deux principaux types d'atteinte traumatisme crânien et blessure médullaire, les éléments suivants peuvent être révélateurs de gravité :

Traumatisme crânien

Lésions anatomiques

- atteinte du tronc cérébral
- perte de substance ou plaie cérébrale
- fracture de la base du crâne
- pétéchies diffuses
- hématome intra-cérébral
- hématome sous-dural
- hématome extra-dural

Signes cliniques précoces

- coma stade III ou IV ou Glasgow inférieur à 6
- coma supérieur à vingt jours
- hémiplégie
- aphasie

Blessure médullaire

Lésions anatomiques

- luxation vertébrale
- fracture vertébrale avec recul du mur postérieur

Signes cliniques

- paraplégie
- tétraplégie

- troubles neurologiques
- troubles sphinctériens

D'autres blessures, telles que les monoplégies (atteinte du plexus brachial par exemple), les amputations, les brûlures graves, peuvent être également à l'origine de difficultés professionnelles et entraîner un besoin d'assistance.

S'organiser pour détecter dans des délais très courts les situations pouvant nécessiter un suivi adapté, c'est pour l'assureur se donner les moyens de remplir son rôle en orientant le dossier vers les acteurs spécialisés de la gestion et de l'indemnisation des corporels graves.

II. PHASES DE TRAITEMENT DES DOSSIERS GRAVES

1. LA PHASE D'INSTRUCTION DU DOSSIER

Avec la participation active du gestionnaire, le traitement adapté aux préjudices corporels graves va s'articuler autour des interventions simultanées ou successives de l'inspecteur régleur et du médecin expert.

1.1 Le rôle de l'inspecteur

Il occupe une place importante dans le processus qui conduit à l'indemnisation. Dès qu'il a connaissance des conséquences de l'accident, l'assureur délègue un inspecteur qui va répondre aux attentes multiples de la victime (problèmes humains, économiques ...). L'inspecteur va accompagner la victime pendant une longue période, être à l'écoute de ses besoins, apporter son aide pour élaborer un projet de vie et, si cela est possible, faciliter une réinsertion professionnelle. Cette écoute attentive permet de donner des réponses concrètes de nature à apaiser les craintes concernant l'avenir.

L'inspecteur doit expliquer les différentes étapes qui conduisent à l'indemnisation et notamment l'importance de l'expertise médicale. Il a un rôle de coordination entre tous les intervenants : médecin expert, architecte, ergothérapeute ... Il doit être attentif aux problèmes économiques et anticiper les besoins, en versant des avances adaptées. Pour mener à bien sa mission, il doit pouvoir décider en présence de la victime des mesures à prendre pour régler les situations urgentes.

Pour permettre à l'assureur d'avoir une bonne appréciation des conséquences du sinistre, l'inspecteur va établir rapidement un bilan complet :

- nature précise du service où est hospitalisé le blessé ;
- description des atteintes corporelles ;
- examen du contexte économique et social, de la situation familiale.

Le rôle de l'inspecteur est primordial. Il doit être spécialisé dans la gestion des corporels graves et posséder de bonnes connaissances dans divers domaines.

- **Médical** : pour bien appréhender le contenu des rapports d'expertise.
- **Social** : pour être en mesure de renseigner la victime sur ses droits.
- **Technique** : pour conseiller la victime sur les aides et aménagements nécessaires.

1.2 Le rôle du médecin expert

Le médecin occupe une place centrale dans le processus d'indemnisation car il constate, évalue, puis qualifie le préjudice subi par la victime dans un cadre médico-légal. Il doit réunir trois qualités essentielles : expérience, pédagogie, écoute.

- Le médecin est expérimenté

Rompu à l'expertise des blessés graves, il doit posséder, si possible, une formation en neurologie, en rééducation fonctionnelle ou être titulaire d'un diplôme d'évaluation des traumatisés crâniocérébraux. Il reçoit une mission précise, réservée à ces dossiers, permettant de cerner tous les besoins de la victime. Il rappelle à celle-ci ou à son représentant, dès la première convocation, son droit de se faire assister d'un médecin de son choix.

- Le médecin est un pédagogue

Il informe la victime et ses proches de la finalité de l'examen, et leur explique de façon didactique tous les termes techniques (consolidation, incapacité permanente ...) nécessaires à la compréhension de son rôle.

- Le médecin est à l'écoute de la victime

Expérimenté et pédagogue, il est naturellement attentif à la situation de la victime et de ses proches. Il est important que la victime puisse expliquer les souffrances ressenties, les difficultés rencontrées, ses craintes pour l'avenir. Elle doit pouvoir exprimer ses souhaits sur l'organisation d'un projet de vie. Il est aussi nécessaire que les proches (conjoint, parents) soient entendus. Ils doivent pouvoir exprimer leurs inquiétudes et leurs attentes. Le médecin expert pourra ainsi établir un bilan prévisionnel puis définitif fiable, seule véritable garantie du respect des droits de chacun. Agissant au sein du dispositif de règlement coordonné par l'inspecteur, il permet à l'assureur de mesurer très tôt l'importance du préjudice. Celui-ci se trouve ainsi à même de prendre les mesures adaptées à la situation, tant en ce qui concerne la victime elle-même que ses proches.

2. LA PHASE DE GESTION PROPREMENT DITE DU DOSSIER

2.1 Avant la consolidation de l'état de la victime

Durant la période de rééducation, les préoccupations de l'assureur sont identiques pour tous les types de blessés.

L'assureur doit, par l'intermédiaire de son inspecteur régulateur, être en mesure d'apporter une aide à la victime ou à son entourage pour les démarches administratives, constitution de dossiers en vue d'obtenir certaines allocations : allocation adulte handicapé, d'éducation spécialisée ...

Il facilitera le retour à domicile lorsqu'il est envisagé par l'équipe médicale. Une visite du lieu de vie pourra être effectuée par un architecte spécialisé et au besoin par le médecin expert afin de prévoir les adaptations nécessaires. Les aménagements provisoires indispensables devront être réalisés avant les premières autorisations de sortie du centre de rééducation. Le concours d'un ergothérapeute pourra utilement compléter celui de l'architecte pour définir les besoins en aides techniques ou domotiques.

Lorsque le handicap le permet, l'assureur favorisera la réinsertion scolaire ou professionnelle.

- Réinsertion scolaire : aide pour la recherche d'un établissement, cours particuliers, fourniture d'un matériel informatique adapté ...
- Réinsertion professionnelle : l'assureur peut proposer le concours d'organismes spécialisés pour aider la victime à obtenir une formation professionnelle compatible avec son handicap.

Pendant toute la période précédant la consolidation, l'assureur doit :

- être présent ;
- faire face aux besoins économiques de la victime et aux dépenses de son entourage ;
- prévoir le versement de nouvelles provisions si la situation médicale et/ou personnelle de la victime le justifie (consolidation médico-légale régulièrement différée ou victime mineure, par exemple).

L'accident ne doit pas entraîner de troubles économiques pour la victime ou sa famille. L'assureur pourra prendre en charge directement certains frais (transport, frais divers exposés par les proches, aménagements, aides techniques ...).

2.2 A compter de la consolidation de l'état de la victime

Une distinction doit être opérée entre les victimes d'atteintes médullaires, les amputés, et les traumatisés crâniens.

- Les victimes d'atteintes médullaires, les amputés

Les blessés présentant ce type de séquelles ont subi, le plus souvent, une longue rééducation ou réadaptation fonctionnelle, interrompue, parfois, par des sorties thérapeutiques favorisées par l'inspecteur qui aura préparé l'entourage familial à l'accueil de la victime.

La consolidation des blessures ne doit pas signifier la fin de l'accompagnement. Il s'agit d'une étape importante à partir de laquelle doivent être affinés les éléments du projet de vie privée et professionnelle. Dès qu'il a connaissance de la consolidation, l'inspecteur régleur doit organiser une expertise médicale au domicile de la victime ou à son lieu de vie futur. L'équipe qu'il réunit pour procéder aux opérations sera composée d'intervenants médicaux et paramédicaux ainsi que, s'il y a lieu, d'un architecte, tous spécialistes dans le domaine du handicap. Il pourra, aussi, y associer un membre de l'équipe soignante.

Le médecin expert apportera un avis sur les aides techniques et humaines nécessaires, ainsi que sur les aménagements du domicile susceptibles d'améliorer l'autonomie du handicapé ou de faciliter le travail des tierces personnes. Cette expertise va permettre de faire un bilan des possibilités et des besoins du handicapé, de se faire décrire le déroulement d'une journée, de définir ou d'arrêter avec lui ou sa famille un projet de vie, d'aménager ses conditions de vie futures.

- Les traumatisés crâniens et les états végétatifs

Nous constatons depuis quelques années une progression importante du nombre des traumatisés crâniens graves, qui est la contrepartie d'une réduction des accidents mortels. Par ailleurs, malgré les recommandations des pouvoirs publics, de la prévention routière et de la profession, une proportion non négligeable d'utilisateurs de véhicules à deux roues ne porte pas le casque de protection par exemple.

. Plusieurs types de déficits sont constatés

- des déficits locomoteurs : dont la prise en charge s'apparente à celle des victimes médullaires évoquée au chapitre précédent ;
- des déficits neurologiques : caractérisés par une altération des fonctions dites sensibles ;
- des déficits neuropsychologiques : caractérisés par une altération des fonctions dites intellectuelles ou supérieures.

. Des problèmes propres à cette catégorie de handicapés sont relevés

- difficultés de réinsertion dans les circuits scolaires traditionnels pour les enfants et adolescents, de reclassement professionnel pour les adultes ;
- insuffisance du nombre d'établissements spécialisés dans la réadaptation des traumatisés crâniens, éloignement de ces établissements par rapport au lieu de vie de la famille.

Ces problèmes spécifiques rencontrés par les traumatisés crâniens graves rendent encore plus difficile la mise en œuvre d'un projet de vie. Le projet de vie devra tenir compte des besoins de la victime, de ses possibilités, de l'environnement médico-social. Pour le mener à bien, l'inspecteur peut, dans certains cas, faire appel aux acteurs spécialisés que sont les UEROS (unités d'évaluation de réentraînement et d'orientation sociale et professionnelle). Outre l'évaluation des séquelles physiques et psychiques, ces établissements peuvent construire avec la victime et son entourage un projet d'insertion sociale et/ou professionnelle.

. Le retour au domicile

Dans les cas extrêmes, le retour au domicile, même s'il est souhaité par l'entourage, peut s'avérer délicat. Il en sera ainsi pour les victimes atteintes de troubles psychologiques majeurs ou présentant un état végétatif chronique. L'inspecteur devra apporter à l'entourage tous les éléments permettant de prendre une décision adaptée : contraintes, retentissement sur la vie familiale, offre locale de services ...

Lorsque le choix du retour à domicile sera fait, l'inspecteur va pouvoir apporter son aide pour la recherche et la mise en œuvre de l'aide humaine nécessitée par le handicap.

. Le placement dans des résidences spécialisées

Nous ne pouvons que déplorer le manque d'établissements d'hébergement temporaire. Ces structures présentent pourtant un grand intérêt dans la mesure où elles permettent d'alléger les contraintes du milieu familial. Là encore, la bonne connaissance du terrain par l'inspecteur peut aider à la mise en place d'une solution concrète.

Si le retour à domicile s'avère impossible ou n'est pas souhaité par l'entourage, l'inspecteur peut apporter son concours pour la recherche d'un établissement adapté, démarche souvent difficile compte tenu de l'insuffisance des structures d'accueil, notamment pour les états végétatifs.

III. SITUATIONS PARTICULIERES

La situation des enfants et des personnes âgées victimes d'atteintes corporelles graves pose des difficultés spécifiques, car l'assureur doit répondre autant aux attentes et aux besoins de la victime directe qu'à celles de ses proches :

- les parents s'inquiètent de l'avenir de leur enfant ;
- les proches de la personne âgée, c'est-à-dire son conjoint ou ses enfants, s'interrogent sur son devenir.

1. LES ENFANTS

Le suivi de la victime doit être abordé en tenant compte de deux paramètres spécifiques : les délais de consolidation et la scolarité.

- Les délais de consolidation

Ils dépendent étroitement de l'âge de l'enfant à la date de l'accident.

Lorsque la victime est jeune, elle dispose le plus souvent d'un potentiel qui lui permet une certaine récupération de ses capacités intellectuelles ou de son autonomie (traumatisés crâniens, blessés médullaires, amputés). La consolidation ne peut donc pas intervenir avant que ce potentiel n'ait été exploité. Il importe que soient périodiquement examinés l'évolution des fonctions supérieures ainsi que les effets de la croissance.

De ce fait, les contacts avec la famille ou son mandataire doivent être réguliers afin d'apprécier l'évolution des besoins dans le temps et d'y répondre de façon appropriée. Il peut s'agir du versement de provisions. Si leur règlement ne correspond pas à la prise en charge de frais, il est important d'inviter les parents à placer les fonds afin que les intérêts de l'enfant soient préservés. Le juge des tutelles doit par ailleurs être informé de leur montant.

- Il peut s'agir d'une aide apportée aux parents pour mettre en œuvre les besoins en tierce personne, ou la surveillance, en dehors des périodes scolaires, ou pendant l'absence des parents.
- Il peut s'agir enfin d'aménager le logement des parents.

L'inspecteur doit conseiller, voire mettre à disposition un architecte pour réaliser des équipements, parfois évolutifs, correspondant à la situation de l'enfant.

- La scolarité

Il faut tout mettre en œuvre pour favoriser sa reprise, en prenant en charge les adaptations qui peuvent permettre le retour dans un circuit dit normal.

Lorsque cette reprise doit se faire dans un milieu adapté, les familles ont besoin d'être conseillées ou orientées en raison de la spécialisation des établissements (traumatisés crâniens, blessés médullaires). Par ailleurs, le centre scolaire ne doit pas être trop éloigné du domicile des parents pour que l'entité familiale soit préservée.

Les frais restés à charge et les dépenses de la famille pour rendre visite à l'enfant seront pris en charge par l'assureur.

La réussite de la formation de l'enfant conditionne sa capacité future à assumer dans les meilleures conditions possibles son handicap. Le soutien et le conseil de l'assureur sont donc là aussi essentiels.

2. LES PERSONNES AGEES

La personne âgée victime d'un accident grave se trouve confrontée à un événement qui va bouleverser son quotidien. Il ne s'agit plus, comme pour l'enfant, d'organiser la construction d'un avenir, mais de préserver des repères.

Pour bien cerner l'étendue du dommage subi par la personne âgée, il est important de connaître son degré d'autonomie et celui de son conjoint avant l'accident, son mode de vie, ses activités, son mode de logement. L'âge réduit les facultés d'adaptation en général. Il faut mettre en œuvre des solutions non traumatisantes respectant, dans la mesure du possible, l'environnement antérieur afin d'éviter la perte des repères.

Lorsque l'état de santé permet d'envisager un retour à domicile, les problèmes d'accessibilité du logement ou d'autonomie de la personne âgée doivent faire l'objet d'un dialogue entre l'inspecteur, la victime, ses proches, le médecin et, le cas échéant, l'architecte.

Si le retour est impossible, l'inspecteur doit chercher dans le tissu local des structures susceptibles de répondre aux besoins de la victime et lui proposer des solutions adaptées (établissement de placement, maison de retraite). Il doit, lorsque c'est possible, prendre à sa charge les démarches administratives à réaliser.

La maîtrise de la législation par l'inspecteur est importante pour la mise en œuvre de l'aide à la personne âgée.

Par ailleurs, il faut être attentif à la situation du conjoint de la personne âgée car les décisions qu'impose l'état de santé de la victime vont avoir des conséquences directes sur sa vie quotidienne, non seulement dans ses rapports avec la victime elle-même, mais aussi dans ses rapports sociaux, notamment en cas de déménagement.

Dans tous les cas, les décisions prises doivent être réalistes et consensuelles pour préserver au maximum l'équilibre de la victime et celui de ses proches.

IV. LA PHASE DE REGLEMENT

Cette étape intervient après plusieurs années d'un parcours semé de difficultés et de doutes que l'accompagnement de l'assureur doit permettre de surmonter.

Dès réception du rapport médical, la procédure d'offre globale doit être engagée. Le cas échéant, le chiffrage du préjudice physiologique pourra être abordé séparément de celui du préjudice professionnel.

Il est possible, en effet, que le handicap autorise une réinsertion professionnelle qui aura été programmée et accompagnée.

Les organismes sociaux susceptibles de verser des prestations doivent être invités à produire leur créance dès que la date de consolidation est connue, afin que l'assureur puisse informer la victime de la totalité de ses droits dans les meilleurs délais.

Après la prise en charge directe de la partie "Réparation en nature" – aménagement du domicile, fourniture d'aides techniques, de domotique –, l'assureur va devoir déterminer les modalités du règlement (capital ou rente), en concertation avec la victime, sa famille ou son mandataire. Le juge des tutelles doit être obligatoirement saisi du projet de transaction lorsqu'il s'agit de victimes mineures ou de majeurs protégés.

Les éléments recueillis par l'inspecteur ou le médecin sur les capacités de gestion de la victime ou de son entourage seront déterminants pour retenir le mode d'indemnisation approprié. Pour certaines victimes, traumatisés crâniens graves ou en état de vie végétative, les conditions d'organisation de l'aide humaine sont susceptibles d'évoluer dans le temps. Les familles peuvent souhaiter les reprendre à domicile alors qu'un placement à vie avait été envisagé.

La situation inverse peut également être rencontrée.

Dans ces cas extrêmes, la famille doit pouvoir choisir sans crainte pour l'avenir le mode d'organisation de l'aide humaine qui lui paraît le mieux adapté. Le règlement sous la forme d'une rente modulée en fonction des hypothèses d'hébergement (placement, retour à domicile) permet de répondre à des inquiétudes légitimes.

V. LA PHASE CONTENTIEUSE EVENTUELLE

Lorsqu'un accord amiable n'aura pu être trouvé, les instructions habituellement adressées par l'assureur à l'avocat chargé de la plaidoirie devront être complétées par la remise d'un dossier destiné au magistrat pour que son information soit totale. Le dossier comportera le compte rendu des démarches et actes principaux effectués par l'assureur en faveur de la victime :

- montant des provisions versées ;
- démarches administratives ;
- aménagements du lieu de vie ;
- aides techniques, domotique, proposées ;
- aides à la reconversion professionnelle ;
- contacts avec les associations susceptibles de proposer des aides humaines, etc.

Dans le dossier devront également figurer les offres d'indemnité faites par l'assureur pour chaque poste de préjudice.

Les points de désaccord seront analysés afin que le juge ait une vision précise des motifs du conflit. D'autres éléments pourront être portés à la connaissance du juge : refus de la victime d'un examen médical, d'étudier un projet de vie ou simplement d'envisager une transaction.

Une rencontre entre l'inspecteur régleur et l'avocat chargé du dossier par l'assureur peut s'avérer nécessaire afin que tous les aspects de l'indemnisation soient examinés.

Si les circonstances le justifient, le régleur pourra être entendu par le juge.

UNE VERITABLE CHARTE

Assister les victimes au quotidien, les accompagner pour organiser une nouvelle vie, tel est l'objectif poursuivi.

Pour le réaliser pleinement, l'assureur doit mettre en place des équipes pluridisciplinaires composées de spécialistes du grand handicap (gestionnaires, inspecteurs, médecin ...) capables d'apporter des réponses concrètes aux besoins des victimes.

L'assureur doit établir une relation de compréhension et privilégier une procédure personnalisée de la réparation, basée sur l'écoute de la victime et de ses proches, en favorisant toute collaboration avec le mandataire chargé de les représenter.

Le présent document définit les principaux axes de son action pour garantir à chaque victime un traitement égalitaire, fondé sur un dialogue constructif entre les acteurs de la réparation.

Il constitue une véritable charte que la Fédération française des sociétés d'assurances et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances demandent à leurs sociétés adhérentes de mettre en œuvre dans toutes ses dispositions.

ENGAGEMENT RELATIF A L'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2005 et par le Groupe protection juridique du GEMA le 19 octobre 2005 puis confirmé par sa Commission exécutive le 14 mai 2009.

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.

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.

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.

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.

Résolution des conflits

L'assureur doit énoncer dans les contrats d'assurance de protection juridique les dispositions de l'article L.127-4 du Code des assurances permettant à l'assuré soit de continuer seul la procédure, avec remboursement en cas de succès, dans les limites du montant de la garantie, soit de recourir à l'avis d'une tierce personne sur les mesures à prendre pour régler le litige.

L'assureur s'engage à rappeler ces dispositions à l'occasion de tout 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.

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, à mettre à sa disposition les coordonnées d'un avocat.

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.

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.

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 taxe 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.

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.

Cet engagement est d'application immédiate et se substitue aux dispositions contractuelles moins favorables aux assurés.

ENGAGEMENT SUR LE TRAITEMENT DES RESILIATIONS DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE AUTOMOBILE ET LES CONTRATS MULTIRISQUES-HABITATION

Cet engagement a été 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 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 assureurs 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 RESILIATIONS 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 assureurs 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'assureur.

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'assureur 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 assureurs 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.

*

CONVENTION AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) DU 6 JUILLET 2006

L'Assemblée Générale de la FFSA a ratifié le 19 décembre 2006 la signature de cette convention par le président de la FFSA qui était intervenue le 6 juillet 2006. La Commission exécutive du GEMA l'a ratifiée le 13 novembre 2008.

Une première convention avait été passée en 1991 entre les pouvoirs publics, les associations représentatives des consommateurs et des malades et les assureurs pour permettre aux personnes séropositives de trouver des garanties d'assurance. Elle avait été remplacée en 2001 par une seconde convention qui réunissait les mêmes partenaires auxquels s'étaient joints les banquiers et dont l'objet avait été élargi à l'ensemble des emprunteurs qui présentent un risque de santé aggravé.

A l'initiative du Président de la République, les pouvoirs publics ont réuni les partenaires de la convention de 2001 pour en élaborer une nouvelle permettant un traitement encore plus large des demandes d'assurance exprimées. La convention du 6 juillet 2006 a fait l'objet dans son principe d'une consécration législative début 2007.

SOMMAIRE

PREAMBULE

- TITRE 1^{er} :** La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions
- TITRE II :** Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats
- TITRE III :** Le processus d'instruction des demandes d'emprunt
- TITRE IV :** La couverture des risques liés aux emprunts
- TITRE V :** Les organismes de suivi de la convention
- TITRE VI :** Dispositions particulières

PREAMBULE

1/ Etant préalablement rappelé que :

a) l'accès au crédit représente un enjeu important dans le monde moderne, en France notamment. La question se pose avec une acuité particulière lorsqu'elle concerne des personnes candidates à l'emprunt placées, de par les aléas de la vie, en situation de risque de santé aggravé du fait d'une maladie ou d'un handicap, puisque l'assurance est souvent une condition d'obtention des prêts.

Une convention conclue en septembre 1991 entre les Pouvoirs publics et les professionnels de l'assurance a apporté des aménagements tangibles, notamment en matière de traitement des données médicales, à l'assurance décès des prêts immobiliers aux personnes séropositives. Ce dispositif, outre son champ d'application restreint, n'a répondu que de façon partielle aux attentes qu'il avait suscitées ;

b) début 1999, les Pouvoirs publics ont souhaité qu'une réflexion soit menée en vue de favoriser une amélioration des réponses aux personnes séropositives au VIH, et plus généralement à celles présentant un risque de santé aggravé.

Le Comité installé le 1^{er} juin 1999, sous la présidence de Monsieur Jean-Michel BELORGEY, Conseiller d'Etat, a élargi sa composition par la représentation des établissements de crédit, d'organisations de consommateurs, d'associations d'aide aux malades, et a étendu ses travaux et ses réflexions à l'assurabilité des risques aggravés en général dans le cadre de l'assurance emprunteurs ;

c) le Comité a clos ses travaux en préconisant la recherche d'une solution conventionnelle, impliquant les différentes parties prenantes, qui permette de répondre aux demandes légitimes des personnes désireuses d'emprunter pour les besoins de leur vie privée ou professionnelle, dans le respect de leur dignité comme de leur droit à la confidentialité, tout en étant compatible avec les contraintes inhérentes aux métiers de l'assurance et du crédit.

d) Une convention sur l'accès à l'assurance et au crédit pour les personnes présentant un risque de santé aggravé a ainsi été signée en 2001 entre les pouvoirs publics, les professionnels, les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées.

Cette convention a permis de faire progresser l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé, ainsi que la prise de conscience des difficultés auxquelles était confrontée cette catégorie spécifique de clients. Elle s'est également traduite par l'instauration d'une commission de suivi et de propositions, d'une section scientifique et d'une section de médiation.

e) Pour autant, les partenaires de la convention conviennent que des progrès apparaissent encore possibles s'agissant notamment :

- du champ de la convention ;
- de la diffusion de l'information relative au dispositif ;
- de la couverture du risque invalidité ;
- du fonctionnement du dispositif de médiation ;
- de la connaissance scientifique relative à ces risques ;
- du respect de l'obligation de confidentialité ;

Handwritten notes and signatures:
D... PP 5
1.12.8
Roy
12/83

- de l'accroissement des échanges entre professionnels de la banque et de l'assurance et médecins spécialistes ;
- de la rapidité de traitement des demandes de prêt ;
- de la mutualisation des surprimes d'assurance ;
- du recours aux garanties alternatives et délégations d'assurance.

f) Les Pouvoirs publics réaffirment leur volonté de soumettre au Parlement des dispositions législatives confortant le dispositif conventionnel.

Handwritten notes:
Dun
PP
1. 11. 7
May
183 xa

2/ Entre :

■ **l'Etat, représenté par :**

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie,

- le ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie : Thierry Breton

Ministère de la Santé et des Solidarités,

- le ministre de la Santé et des Solidarités : Xavier Bertrand

■ **les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées :**

- AIDES, représentée par : Vincent Vivet
- Sida Info Services, représentée par : Lise Grivois
- Familles Rurales, représentée par : Catherine Decaux
- Contre le Cancer, la Ligue, représentée par : Henri Pujol
- La fédération des AVIAM de France (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et à leur famille), représentée par : Marc Morel
- La FFAAIR (Fédération française des Associations et Amicales d'Insuffisants respiratoires), représentée par : Jean-Claude Roussel
- L'UFCS (Union Féminine Civique et Sociale), représentée par : Mariannick Lambert
- Vaincre la Mucoviscidose, représentée par : Jean Lafond
- L'AFM (Association Française de lutte contre les Myopathies), représentée par : Laurence Tiennot
- Le LIEN (Association de Lutte, d'Information, et d'Etude des Infections Nosocomiales), représentée par : Claude Rambaud
- Le CISS (collectif inter associatif sur la santé) représenté par : Jean-Luc Bernard
- L'AFP (Association Française des Polyarthritiques), représentée par : René Mazars
- La FNATH (association des accidentés de la vie), représentée par : Arnaud de Broca
- La FNAIR (fédération nationale d'aide aux insuffisants rénaux), représentée par : Yvanie Caillé
- L'AFD (Association Française des Diabétiques), représentée par : Pierre Albert Lefebvre

2/ Entre :

■ l'Etat, représenté par :

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie,

♦ :

Ministère de la Santé et des Solidarités,

♦ :

■ les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées :

♦ AIDES, représentée par :

♦ Sida Info Services, représentée par :

♦ Arcat Sida, représentée par :

♦ Familles Rurales, représentée par :

♦ Contre le Cancer, la Ligue, représentée par :

♦ La fédération des associations AVIAM de France (association d'aide aux victimes des accidents médicaux et à leur famille), représentée par :

♦ La FNAP PSY (Fédération des Associations d'(ex) patients -PSY), représentée par :

♦ La FFAAIR (Fédération française des Associations et Amicales d'Insuffisants respiratoires), représentée par :

♦ La FNAMOC (Fédération Nationale des Associations de malades cardiovasculaires et opérés du cœur), représentée par :

♦ L'UFC-QUE CHOISIR (Union Fédérale des Consommateurs-QueChoisir), représentée par :

♦ L'UFCS (Union Féminine civique et Sociale), représentée par :

♦ Vaincre la Mucoviscidose, représentée par :

♦ L'AFM (Association Française de lutte contre les Myopathies), représentée par :

♦ Le LIEN (Association de Lutte, d'Information, et d'Etude des Infections Nosocomiales), représentée par :

♦ Le CISS (collectif inter associatif sur la santé) représenté par :

♦ L'UNALS (union des associations de lutte contre le sida) représenté par :

♦ L'APF (Union des paralysés de France) représenté par :

[Handwritten signatures and initials]
D
B
N
T. H. F.
PP
24
G

- ♦ SOS Hépatites, représenté par : Michel Bonjour

Ci-après désignées « les associations »

■ **la Profession bancaire :**

- ♦ Association Française des Etablissements de Crédit et des Entreprises d'Investissement (AFECED), représentée par : Baudoin Prot

Ci-après désignée « les établissements de crédit »

■ **la Profession de l'assurance :**

- ♦ la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), représentée par : Gérard de La Martinière
- ♦ le Groupement des Entreprises d'Assurances Mutuelles (GEMA) représenté par : Jean-Luc de Boissieu
- ♦ La FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française), représentée par : Daniel Lenoir

Ci-après désignée « les assureurs » ;

Les deux professions étant désignées ci-après « les professions »

Tous désignés ci-après « les signataires »

- La FNATH (association des accidentés de la vie) représentée par :

Ci-après désignées « les associations »

■ **la Profession bancaire :**

- Association Française des Etablissements de Crédit et des Entreprises d'Investissement (AFECEI), représentée par :

Ci-après désignée « les établissements de crédit »

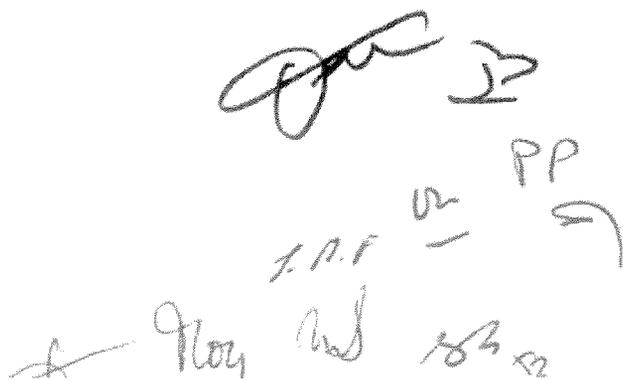
■ **la Profession de l'assurance :**

- la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), représentée par :
- le Groupement des Entreprises d'Assurances Mutuelles (GEMA) représenté par :
- La FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française), représentée par :

Ci-après désignée « les assureurs » ;

Les deux professions étant désignées ci-après « les professions »

Tous désignés ci-après « les signataires »

Handwritten signatures and initials at the bottom right of the page. There is a large, stylized signature at the top, followed by the initials 'F.N.F.' and 'PP'. Below these are several other handwritten marks, including what appears to be 'Mou' and '18/12'.

3/ Il est convenu ce qui suit :

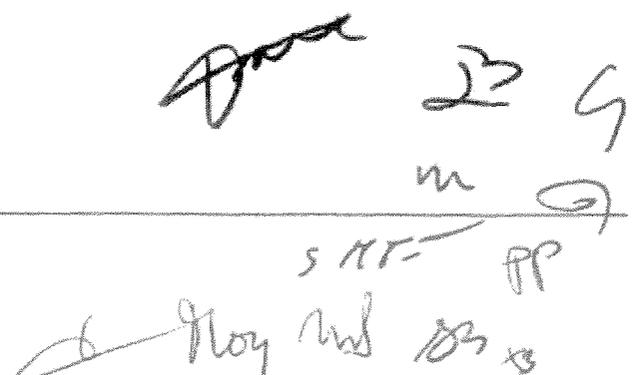
Les signataires souhaitent marquer leur volonté commune de mettre au point un dispositif d'ensemble tendant à élargir, dans les meilleures conditions, l'accès à l'emprunt et l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.

Lorsque les informations demandées à la personne à assurer comportent des indications sur son état de santé, celles-ci doivent être recueillies, transmises et utilisées dans des conditions qui garantissent pleinement la confidentialité et le respect de la vie privée.

Ces considérations inspirent les dispositions qui suivent, dont l'objet est :

- I - La diffusion de l'information sur l'existence de la convention et ses dispositions
 - II - Le traitement des données personnelles nécessaires à la souscription et à l'exécution des contrats
 - III - Le processus d'instruction des demandes d'emprunt
 - IV - La couverture des risques liés aux emprunts
 - V - Les organismes de suivi de la convention
 - VI - Dispositions particulières
- 4/ Toute personne présentant un risque de santé aggravé, du fait d'une maladie ou d'un handicap, peut se prévaloir de la présente convention sans avoir en particulier à justifier de son adhésion à l'une des associations signataires ou adhérentes à cette convention.

* * *

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page. There are several distinct marks, including what appears to be a signature on the left, and various initials and numbers on the right, such as '23 9', 'm', '9', '5 11', 'PP', and 'Roy'.

TITRE I : LA DIFFUSION DE L'INFORMATION SUR L'EXISTENCE DE LA CONVENTION ET SES DISPOSITIONS

L'efficacité de l'application de la convention repose largement sur une diffusion très en amont du processus de demande de prêt, notamment immobilier, d'une information adéquate sur la convention auprès des publics concernés.

Les associations de consommateurs et les associations représentant les personnes malades ou handicapées, les pouvoirs publics, les représentants du milieu médical et les professionnels de la banque et de l'assurance ont un rôle déterminant à jouer à cet égard.

Pour améliorer la diffusion de l'information, les mesures suivantes seront mises en œuvre dans les meilleurs délais à compter de la signature de la convention :

Dénomination de la convention : afin d'accroître la lisibilité du dispositif, les signataires conviennent de la dénommer "s'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé - AERAS" et de privilégier l'utilisation de cette dénomination dans tous les documents d'information et actions de communication engagées sur la convention.

En outre,

a) Les pouvoirs publics s'engagent à :

- associer les caisses d'assurance maladie des régimes obligatoires et les réseaux de soins à la diffusion de l'information sur l'existence et les dispositions de la convention ;
- créer un site internet dédié à la convention ;
- prendre des dispositions pour assurer un relais efficace de cette information auprès des professionnels (par exemple notaires, agents immobiliers) impliqués dans les opérations de prêt, au moyen de supports appropriés.

b) Les établissements de crédit et les assureurs s'engagent à :

- diffuser des dépliants d'information au sein de leurs réseaux et informer directement les candidats à l'emprunt. Pour ce faire, les établissements de crédit s'engagent notamment à développer un module de formation relatif à l'accueil des publics spécifiques pour les chargés de clientèle et à créer des référents au sein de chaque réseau bancaire. Le référent pourra intervenir en appui du chargé de clientèle ou répondre directement aux questions des candidats à l'emprunt ;
- mentionner la convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la convention ;
- indiquer dans les documents de simulations de prêt, l'existence de la convention et les numéros verts ou coordonnées du référent du réseau bancaire.

13

SAP 12 PP
PP 13

c) Les associations s'engagent à :

- mentionner la convention et diffuser une information adéquate sur ses dispositions sur leurs sites internet et introduire un lien avec le site de la convention ;
- participer activement à la démarche d'information en diffusant à leurs membres et aux publics appropriés une information sur la convention, via notamment divers outils de communication (plaquettes d'information et affiches) et des lignes d'information téléphonique ;
- encourager les publics concernés à faire jouer la concurrence.

Handwritten signatures and initials:
- Top signature: *John P*
- Middle signature: *May*
- Bottom signature: *MS*
- Other initials: *DR*, *SIF*, *TS*, *PP*

TITRE II :

LE TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES NECESSAIRES A LA SOUSCRIPTION ET A L'EXECUTION DES CONTRATS

- 1) La demande légitime par l'assureur des informations nécessaires à l'acceptation du risque et, lorsque le risque se réalise, au règlement de la prestation garantie, doit être conciliée avec la confidentialité qui s'impose, s'agissant d'informations qui touchent à la vie privée et à la santé des personnes.

Dans cet esprit, les professions s'engagent à respecter les principes de la présente convention et du code de bonne conduite, de portée générale, qui y est annexé.

Ce code constate les procédures de confidentialité existantes et les actualise. Il innove sur un certain nombre de points par des recommandations renforçant la protection de la confidentialité des informations touchant la personne des assurés.

- 2) S'agissant des contrats liés à un emprunt, afin de respecter la confidentialité, les établissements de crédit veillent à ce que le candidat à l'assurance, lorsqu'il est présent dans les locaux de l'agence bancaire, prenne seul connaissance des dispositions et questions figurant dans le questionnaire de santé. Afin de se conformer à l'exigence de confidentialité, il y répond seul quel que soit le support utilisé qu'il s'agisse d'un support papier ou d'une procédure informatique sécurisée ; il lui est proposé de le remplir seul soit sur place soit à son domicile. Toutefois, à sa demande, le client peut être assisté par son interlocuteur pour remplir le questionnaire. En ce cas, avant de l'assister le conseiller bancaire lui rappelle les règles de confidentialité définies dans le code de bonne conduite annexé à la présente convention.
- 3) Les questionnaires de santé respectent les principes suivants :
 - a) les questions posées sont précises et portent sur les événements relatifs à l'état de santé (ex : existence d'une rente d'invalidité, intervention chirurgicale ...), les pathologies recherchées, les arrêts de travail et de situations liées à la protection sociale (ex : exonération du ticket modérateur ...);
 - b) les questionnaires de santé ne font aucune référence aux aspects intimes de la vie privée, et notamment à la sexualité ;
 - c) dans l'hypothèse d'une question portant sur des tests de dépistage, elle ne porte que sur les sérologies virales, notamment sur les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine et sous la forme suivante :

« Avez-vous ou non subi un test de dépistage des sérologies, portant en particulier les virus des hépatites B et C ou sur celui de l'immunodéficience humaine, dont le résultat a été positif ? A quelle date ? »

J
S
PP
BIB SIAF

Il ne peut être demandé au candidat à l'assurance de se soumettre à de tels tests que si l'importance des capitaux souscrits ou les informations recueillies par le questionnaire de risques le justifient.

- 4) En fonction des réponses apportées par le candidat à l'assurance, le service médical de l'assureur a la possibilité de demander des informations complémentaires.

[Handwritten signatures and initials]
Roy SIF 4
PP
12/10

TITRE III : LE PROCESSUS D'INSTRUCTION DES DEMANDES D'EMPRUNT

Ce titre s'applique aux prêts professionnels et immobiliers.

1) La durée globale de traitement des dossiers de demande de prêts immobiliers par les établissements de crédit et les assureurs n'excède pas une durée maximum de 5 semaines à compter de la réception d'un dossier complet :

- a) les assureurs s'engagent à ce qu'entre la réception de l'ensemble des pièces d'un dossier et la réponse formulée par l'assureur, y compris le cas échéant après intervention du 3^{ème} niveau, le délai écoulé n'excède pas 3 semaines ;
- b) les établissements de crédit s'engagent à prendre et à communiquer une décision au candidat à l'emprunt dans les 2 semaines suivant la transmission à l'établissement de crédit de l'acceptation par le client de la proposition de l'assureur.

2) L'intérêt des futurs emprunteurs est de préparer le plus en amont possible leur dossier, notamment si les risques de santé auxquels ils sont exposés nécessitent des examens qui allongent la durée d'analyse de leur dossier. Afin de répondre à ce besoin et de réduire les délais de traitement, ils peuvent soit s'adresser à un assureur de leur choix, soit demander par l'intermédiaire de leur banque une assurance emprunteur, quand bien même une telle demande ne serait pas liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier. Les établissements de crédit s'engagent alors à transmettre à l'assureur du contrat groupe les demandes d'assurance effectuées par un candidat à l'emprunt.

3) Les assureurs s'engagent à étudier tout dossier de demande d'assurance effectuée directement ou via un établissement de crédit par un candidat à l'emprunt demandant à bénéficier des garanties de la présente convention quand bien même cette demande d'assurance n'est pas directement liée à la signature d'une promesse ou d'un compromis de vente d'un bien immobilier.

4) Lorsqu'une proposition d'assurance est transmise à un candidat à l'emprunt, cette proposition d'assurance, qu'il s'agisse d'un contrat d'assurance de groupe ou d'un contrat individuel, est, au regard de l'état de santé du demandeur, valable pendant une durée de 4 mois. S'agissant des emprunts contractés dans le cadre de l'acquisition d'un bien immobilier, cette durée est valable y compris pour l'acquisition d'un bien immobilier différent de celui pour lequel la proposition d'assurance initiale a été réalisée pour autant que la demande d'emprunt porte sur un montant et une durée inférieurs ou égaux à la précédente demande.

[Handwritten signatures and initials]
J.B. Roy
SIF
TS TS
PPS

5) Motivation

- a) Les établissements de crédit s'engagent à motiver par écrit les refus de prêt autour du seul critère d'assurabilité.
- b) L'assureur porte par courrier à la connaissance de l'intéressé de façon claire et explicite les décisions de l'assureur relatives au refus d'assurance, aux ajournements, aux exclusions de garantie et aux surprimes. Il est indiqué à l'intéressé dans le même courrier la possibilité de prendre contact par courrier avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales à l'origine des décisions de l'assurance. Il est mentionné l'existence et les coordonnées de la commission de médiation.


SIAF Drey JJ
LW 2213 PP

TITRE IV

LA COUVERTURE DES RISQUES LIES AUX EMPRUNTS

Le présent titre concerne la couverture du risque décès et invalidité des personnes présentant un risque de santé aggravé, liée aux emprunts suivants :

- à caractère professionnel : prêts pour l'acquisition de locaux et de matériels ;
 - à caractère personnel : prêts immobiliers et crédits à la consommation ;
- dans les conditions précisées ci-dessous.

1) L'assurance des prêts au logement et des prêts professionnels

Les professions, directement ou par délégation, déclarent que, dès lors que l'analyse d'un questionnaire de risque de santé conduit à refuser à un candidat à l'emprunt le bénéfice de l'assurance de groupe associé à cet emprunt, le traitement de son dossier sera automatiquement transféré vers un dispositif d'assurance "de deuxième niveau" qui permette un réexamen individualisé de sa demande.

En outre, un pool des risques très aggravés est mis en place par les assureurs pour permettre le réexamen des cas de refus par le "deuxième niveau". Ce pool traite les demandes relatives à un encours cumulé de prêts d'au plus 300 000 euros et pour des prêts d'une durée telle que l'âge de l'emprunteur en fin de prêt n'excède pas 70 ans.

Une description de ce mécanisme de "deuxième niveau" et du pool des risques très aggravés figure en annexe à la présente convention. Ce dispositif ne fait pas obstacle à la mise en jeu des garanties alternatives mentionnées au 5) ci-dessous.

2) L'assurance décès des prêts à la consommation affectés ou dédiés.

Les professions s'accordent sur la suppression des questionnaires de risques médicaux pour les prêts à la consommation affectés ou dédiés, sous réserve des conditions suivantes :

- leur montant ne dépasse pas 15 000 euros,
- leur durée de remboursement est inférieure ou égale à 4 ans,
- le candidat à l'assurance a 50 ans au plus,
- le candidat à l'assurance dépose une déclaration sur l'honneur de non cumul de prêts au-delà du plafond susmentionné.

3) Délégations d'assurance

Les établissements de crédit s'engagent à accepter des contrats individuels d'assurance décès et invalidité dès lors que ces derniers présentent un niveau de garantie équivalent au contrat groupe. Ils s'engagent également à ne pas imposer leur contrat groupe au candidat emprunteur dans les cas où le contrat groupe ne permet pas d'apporter une réponse satisfaisante à un candidat. Ils s'engagent enfin



à assurer des conditions d'emprunt identiques quelle que soit la solution assurantielle retenue.

4) Garantie des prêts immobiliers et professionnels en cas de risque d'invalidité

Un emprunteur présentant un risque de santé aggravé peut se trouver dans l'incapacité de rembourser tout ou partie des échéances de son emprunt si son état de santé se dégrade et le met ainsi dans l'impossibilité de maintenir le niveau de revenu qu'il avait au moment de l'octroi du prêt. Dans leur intérêt comme dans celui de l'emprunteur, les établissements de crédit, soumis en outre à des obligations juridiques et notamment au devoir d'alerte des prêteurs, sont donc conduits à rechercher les garanties nécessaires à la couverture de ce risque.

Afin de mettre pleinement en œuvre l'objectif de la présente convention de rechercher les moyens propres à assurer le meilleur accès possible au crédit des personnes concernées, il est prévu un dispositif tendant à rechercher systématiquement la ou les solutions adaptées à chaque cas en matière de risque invalidité.

a) Le risque invalidité entre dans le champ de la présente convention au même titre que le risque décès et permet donc aux personnes concernées de bénéficier des dispositions de la convention, notamment en matière de médiation, de motivation et de mutualisation.

b) Lorsque l'assurance est possible, les assureurs s'engagent à proposer une assurance invalidité, dans le cas où celle-ci s'avérerait nécessaire à l'aboutissement de la demande de prêt, assurant au minimum la couverture du risque de perte totale et irréversible d'autonomie ainsi qu'une couverture additionnelle d'invalidité dans des cas déterminés prévus au contrat.

Cette couverture conduira l'assureur, lors de la survenance d'un sinistre, à verser des prestations à ses assurés relevant alors de la 3^{ème} catégorie d'invalidité définie à l'article L341-4 du code de la sécurité sociale ainsi qu'à environ un tiers de ses assurés relevant alors de la 2^{ème} catégorie d'invalidité.

Les signataires s'engagent à définir en commun d'ici la fin de l'année 2006 un processus et des indicateurs pour suivre la réalisation de cet objectif et à examiner les résultats obtenus dans un délai de 18 mois suivant l'entrée en application de la présente convention.

Les établissements de crédit s'engagent à fonder leur décision de prêt sur le seul critère de la solvabilité du candidat à l'emprunt, et à ce que l'apparition d'un problème lié à l'obtention d'une assurance invalidité n'entraîne pas de conséquence systématique sur l'octroi d'un prêt. Lorsque les couvertures mentionnées au premier paragraphe du b) sont proposées par les assureurs et acceptées par le candidat à l'emprunt, les établissements de crédit s'engagent à n'exiger aucune autre garantie s'agissant de la couverture du risque santé, sauf si l'examen particulier du dossier du candidat à l'emprunt ne leur permet pas de disposer d'une garantie raisonnable sur sa capacité à s'acquitter des annuités d'emprunt.

B

[Signature]

SIFP
82 10 PP
B

Les établissements de crédit mettront en place un mécanisme de suivi effectif de cet engagement dont les modalités techniques seront définies dans le cadre de la Commission de suivi et de propositions.

5) Garanties alternatives à l'assurance

Les établissements de crédit, directement ou par délégation, s'engagent à accepter, notamment en cas de refus d'assurance en garantie des prêts, quel que soit leur montant, les alternatives à l'assurance de groupe qui peuvent apporter des garanties dont la valeur et la mise en jeu offrent la même sécurité pour le prêteur et l'emprunteur. Il peut s'agir, selon les cas, notamment de biens immobiliers, d'un portefeuille de valeurs mobilières, de contrats d'assurance vie ou de prévoyance individuelle ou de cautions.

6) Mécanisme de mutualisation

Un mécanisme de mutualisation des risques d'assurance à l'initiative des assureurs et des établissements de crédit est mis en place pour les prêts immobiliers liés à l'acquisition d'une résidence principale et pour les prêts professionnels, pour permettre de consentir un écrêtement des primes en faveur de personnes disposant de revenus modestes.

Le seuil d'éligibilité retenu dans ce mécanisme dépend du revenu et du nombre de parts accordées au foyer fiscal du candidat à l'emprunt au terme de la législation fiscale en vigueur :

- revenu inférieur ou égal à 1 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 1 ou 2 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,25 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 2,5 ;
- revenu inférieur ou égal à 1,5 fois le plafond de la sécurité sociale lorsque le nombre de parts du foyer fiscal est de 3 et plus.

Dans les conditions d'éligibilité définies ci-dessus, la prime d'assurance ne peut représenter plus de 1,5 point dans le taux effectif global de l'emprunt.

Il est régulièrement rendu compte du fonctionnement de ce mécanisme de mutualisation au sein de la Commission de suivi et de propositions.

DL
SIF (M)
Moy
PP
2

TITRE V : LES ORGANISMES DE SUIVI DE LA CONVENTION

I. Commission de suivi et de propositions de la convention

1) Composition

La Commission de suivi et de propositions de la convention est composée comme suit :

- six membres désignés par les professions, à raison de trois par les établissements de crédit et trois par les assureurs ;
- six membres désignés par les associations représentant les malades ou les personnes handicapées et les associations de consommateurs ;
- quatre représentants de l'Etat nommés par les ministres chargés de l'économie et de la santé ;
- sept membres qualifiés dont au moins deux médecins, désignés par les ministres chargés de l'économie et de la santé, un représentant de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles et un représentant de la Commission Bancaire.

La Commission de suivi et de propositions de la convention est présidée par un membre qualifié, désigné par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

Elle se réunit en formation plénière, sur convocation de son président, au moins quatre fois par an.

En plus des commissions spécialisées prévues au 3) ci-après, la Commission de suivi et de propositions de la convention peut prendre toute décision tendant à l'instauration de groupes de travail consacrés à l'étude d'une question particulière de sa compétence.

2) Compétences

La Commission de suivi et de propositions de la convention veille à la bonne application des dispositions de la présente convention et au respect des engagements des parties. Elle peut s'appuyer pour cela sur les enseignements des travaux sur les dispositifs de contrôle interne mis en place par les professionnels pour vérifier l'application des normes professionnelles. Elle formule toute recommandation aux signataires qu'elle juge utile.

La Commission de suivi et de propositions de la convention étudie tout sujet en rapport avec l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé, qui susciterait des difficultés non résolues par la convention. Elle débat de toutes mesures susceptibles d'améliorer les dispositions conventionnelles.

Elle rassemble les données statistiques transmises par les professionnels sur la mise en œuvre de la convention en matière de crédit immobilier et professionnel, notamment :

3

SAP Roy
W 22/13
2 PP
1

- le nombre de personnes accédant aux 2^{ème} et 3^{ème} niveaux ;
 - le nombre de personnes bénéficiant d'une proposition d'assurance en distinguant couverture décès et couverture invalidité et en précisant dans le cadre d'enquêtes spécifiques la pathologie et le montant des surprimes ;
 - les enquêtes spécifiques sur les prêts proposés et accordés ;
- Elle peut diligenter toute enquête ponctuelle ou spécifique nécessaire au bon suivi de l'exécution de la convention.

Les signataires conviennent d'étudier un mécanisme de vérification, impliquant professionnels et associations, permettant de suivre l'application de la présente convention.

La Commission de suivi et de propositions de la convention remet au Gouvernement, aux présidents des assemblées ainsi qu'au président du conseil national consultatif des personnes handicapées, tous les deux ans, un rapport rendu public sur son activité, la mise en œuvre de la convention et sur les nouvelles mesures adoptées ou en voie de l'être, en vue d'améliorer l'assurance et l'accès à l'emprunt des personnes présentant un risque de santé aggravé. Ce rapport comporte, le cas échéant, des propositions de nature à parfaire le dispositif conventionnel, légal ou réglementaire existant.

3) *Le Secrétariat de la Commission*

La Commission de suivi et de propositions de la convention dispose d'un Secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'Etat.

II) **Commission des études et recherches**

Il est instituée auprès de la Commission de suivi et de propositions de la convention une Commission des études et recherches, animée par le ministère de la santé et de la solidarité, comportant notamment des représentants de l'INSERM, de l'Institut National de Veille Sanitaire et d'autres organismes de recherche, de représentants d'associations, d'assureurs et de réassureurs et de personnalités qualifiées. Sa composition est fixée d'un commun accord après avis de la Commission de suivi et de propositions de la convention .

En tant que de besoin, elle associe à ses travaux des spécialistes, concernés par les pathologies étudiées.

La Commission des études et recherches est chargée de recueillir et étudier les données disponibles sur la mortalité et la morbidité occasionnées par les principales pathologies, à partir desquelles sont déterminées les surprimes pour risques aggravés ou fondés les refus de garantie. Elle engage un programme de recherche en ce domaine, notamment sur l'invalidité associée aux principales pathologies en vue de fournir les éléments statistiques nécessaires à la tarification du risque.

Les assureurs tiennent compte, pour les opérations d'assurance destinées à garantir les prêts entrant dans le champ de la présente convention, des conclusions des études produites.

13

SAP Roy S
W.D. 23 10 7

III. La Commission de médiation

1. Il est institué une Commission de médiation :

- composée de quatre membres titulaires et de quatre membres suppléants désignés en son sein par la Commission de suivi et de propositions, à parité entre les professionnels et les associations ;
- présidée par une personnalité qualifiée désignée par les ministres chargés de l'économie et de la santé.

La Commission, sur décision de son président, peut s'attacher le concours, en tant que de besoin, de personnes extérieures, sans que celles-ci aient voix délibérative.

2. La Commission de médiation est chargée d'examiner les réclamations individuelles qui lui sont adressées par des candidats à l'emprunt dans le cadre du fonctionnement de la présente convention.

Elle prend toutes dispositions de nature à favoriser un règlement amiable et diligent des dossiers dont elle est saisie, notamment par des recommandations transmises aux parties concernées. Elle favorise en tant que de besoin le dialogue entre le spécialiste de la pathologie qui suit, médicalement, le candidat à l'emprunt et le médecin conseil de l'assureur.

3. La Commission de médiation informe périodiquement, notamment grâce à son rapport annuel d'activité, la Commission de suivi et de propositions de ses travaux et des enseignements qui s'en dégagent.

4. La Commission de médiation dispose d'un secrétariat. Ses moyens de fonctionnement sont assurés par l'Etat.

[Handwritten signatures and initials]
SIF May 5 PF
B) 8250

TITRE VI : DISPOSITIONS PARTICULIERES

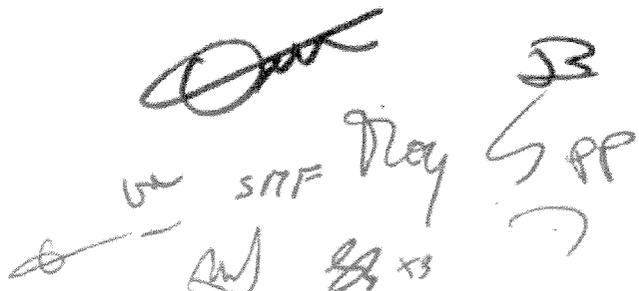
- 1) La présente convention annule et remplace la convention du 19 septembre 2001 sur l'accès au crédit et à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé.
- 2) Elle est conclue pour une période de 3 ans renouvelable par tacite reconduction. Elle peut être dénoncée par une des parties, moyennant un préavis de six mois.

Lorsque leurs statuts le rendent nécessaires, les associations et professions soumettent à ratification en assemblée générale, la présente convention au plus tard le 31 décembre 2006.

- 3) Les signataires ont conscience des délais nécessaires à la pleine mise en œuvre des dispositions de la présente convention. Celle-ci requiert en effet :
 - d'informer les membres des professions, des associations et des consommateurs en général ;
 - de former les salariés et les intermédiaires des professions ;
 - de concevoir, négocier, souscrire et mettre en place les contrats de groupe ouvert dits de « deuxième niveau » ;
 - de mettre en place les structures de gestion et d'examen des risques soumis au pool des risques très aggravés.

La Commission de suivi et de propositions procédera à une évaluation régulière de la mise en œuvre des dispositions conventionnelles.

- 4) Les dispositions de la présente convention entrent en vigueur 6 mois à compter de leur signature par les partenaires concernés.

Handwritten signatures and initials at the bottom of the page. There are several scribbles and initials, including what appears to be 'SPP' and 'x3'.

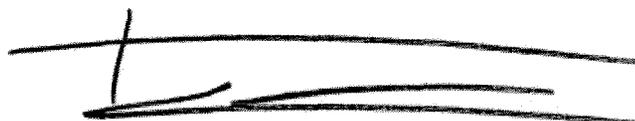
Fait à Paris, le

06 JUIL. 2006

Pour l'Etat

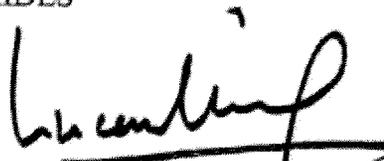
Ministère de l'Economie,
des Finances et de l'Industrie

Ministère de la Santé
et des Solidarités



Pour associations de consommateurs et les associations représentant les
personnes malades ou handicapées :

AIDES



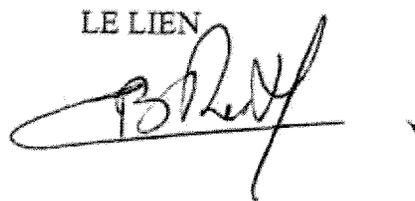
SIDA INFO SERVICES



CONTRE LE CANCER LA LIGUE



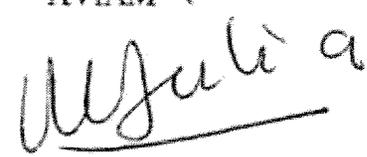
LE LIEN



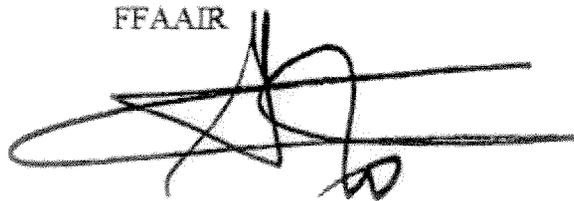
FAMILLES RURALES



AVIAM



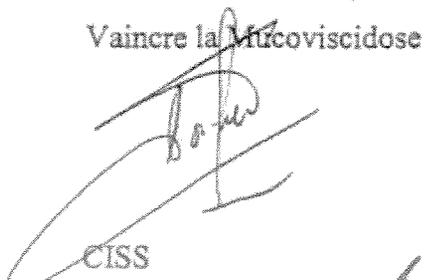
FFAAIR



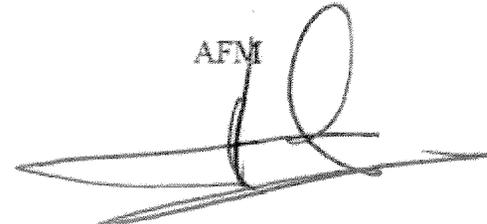
UFCS



Vaincre la Mucoviscidose



AFM



CISS



FNATH



Fait à Paris, le 06 JUIL. 2006

Pour l'Etat

Ministère de l'économie,
des finances et de l'industrie

Ministère de la santé
et des solidarités

**Pour les associations de consommateurs ou de personnes présentant un
risque de santé aggravé**

AIDES

SIDA INFO SERVICES

CONTRE LE CANCER, LA LIGUE

LE LIEN

ARCAT SIDA

FAMILLES RURALES

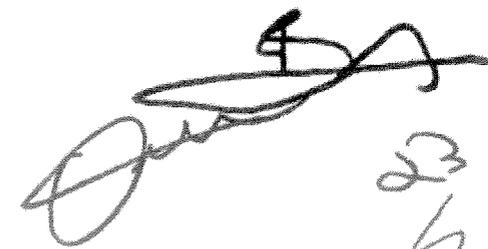
AVIAM

FNAP PSY

FFAAIR

FNAMOC

UFC-QUE CHOISIR


ve SMP UFCS
FW LB

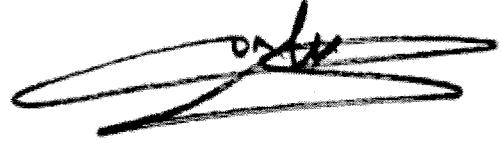
FNAIR


SOS Hépatites

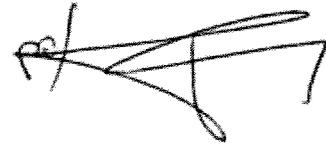


Pour les Professionnels

AFD



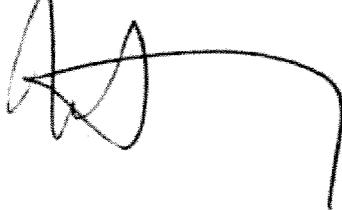
AFP



AFECEI



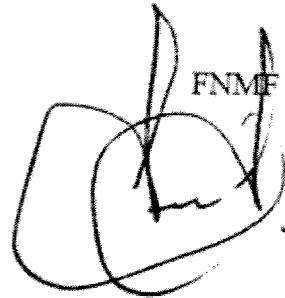
GEMA



FFSA



FNMF



Vaincre la Mucoviscidose

AFM

Pour les Professionnels

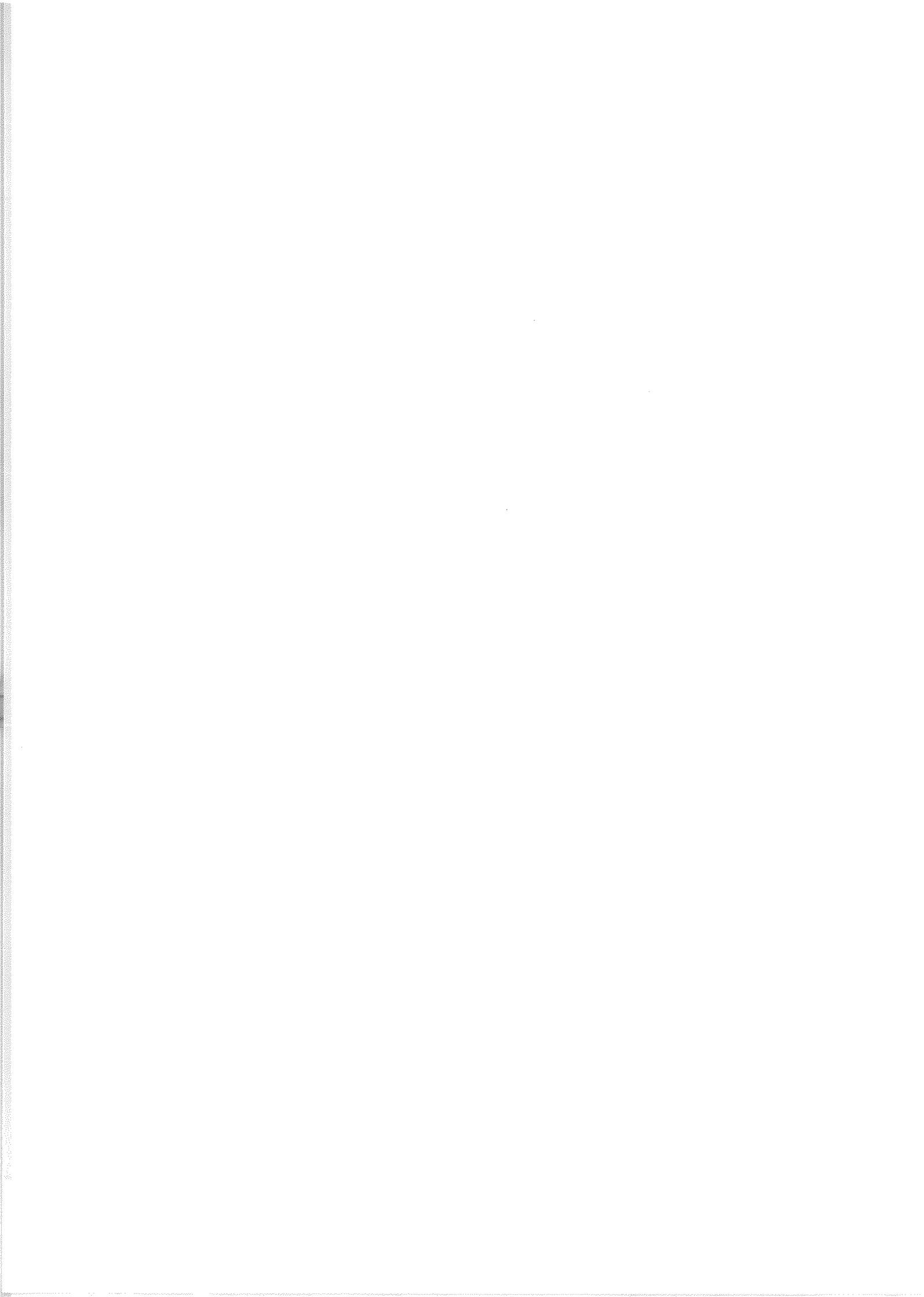
AFECEI

FFSA

GEMA

FNMF

[Handwritten signature]
w SHF 23
/ (W) 22 9



ENGAGEMENT PORTANT CODE DE BONNE CONDUITE CONCERNANT LA COLLECTE ET L'UTILISATION DE DONNEES RELATIVES A L'ETAT DE SANTE EN VUE DE LA SOUSCRIPTION OU DE L'EXECUTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 18 décembre 2000, sous réserve de la signature de la Convention visant à améliorer l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque de santé aggravé dont il constitue contractuellement l'annexe. Intervenue le 19 septembre 2001, la signature de cette convention a rendu cet engagement opérationnel.

Cet engagement a été confirmé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 24 juin 2003 et adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

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 organismes d'assurance sont appelés à recueillir et à traiter des informations concernant l'état de santé d'une personne, et notamment :

- en assurances de personnes, avant la souscription d'un contrat (ou l'adhésion à celui-ci s'il s'agit d'une assurance de groupe) ;
- dans toutes assurances intervenant en cas de décès ou d'atteintes corporelles, lors de la déclaration d'un sinistre ou de la demande de prestations.

Cette collecte et ce traitement d'informations médicales, indispensables à l'activité d'assurance, ont toujours tenu compte des impératifs de confidentialité de ces informations touchant à la personne des assurés, ainsi que de la volonté librement exprimée par ceux-ci quant à l'usage qu'il convient de faire des informations et documents médicaux les concernant.

Tout en reconnaissant :

- qu'un assureur, un banquier ou un intermédiaire est astreint au secret professionnel dans ses relations avec ses clients ;
- que toute personne peut disposer des informations la concernant et couvertes par le secret médical, en particulier pour faire valoir ses intérêts ;

la collecte, la circulation, le traitement et la conservation de l'information médicale relative à une personne soulèvent, en raison de la nature de cette information, des risques particuliers, auxquels il est impératif d'apporter des solutions selon des procédures de confidentialité strictes et restreintes.

Compte tenu des évolutions législatives et des réflexions conduites, sous l'égide des pouvoirs publics, sur les problèmes que pose l'utilisation de ces informations dans des conditions compatibles à la fois avec les exigences d'ordre éthique et l'exercice de l'activité d'assurance, il est apparu souhaitable d'améliorer les procédures existantes, en matière d'organisation de confidentialité médicale. A cette fin sont formulées un certain nombre de recommandations de nature à renforcer la confidentialité de ces procédures, tant dans l'organisation du service médical des sociétés d'assurances (I) qu'au stade de la souscription des contrats (II) ou à celui de l'exécution du contrat (III).

I. LE SERVICE MEDICAL DES SOCIETES D'ASSURANCES

L'appréciation du risque comme le règlement des prestations nécessite des examens, des contrôles et des évaluations faisant appel au concours de médecins.

Ceux-ci agissent pour le compte de l'organisme d'assurance concerné dans le respect de la déontologie médicale.

En tout état de cause, compte tenu des risques assurés et de la nature spécifique des informations fournies, il est impératif que les sociétés d'assurances concernées disposent d'un service médical apte à analyser et conserver ces informations.

Dans ce service médical, les dossiers sont placés sous l'autorité d'un médecin collaborateur à temps plein ou partiel auquel doit être garantie l'indépendance technique et morale. Celui-ci est garant de la confidentialité des informations médicales fournies aux sociétés.

Formé aux spécificités de traitement des données médicales, et à la déontologie qui s'y applique, le personnel est astreint au secret professionnel ; il est informé des sanctions encourues en cas de non-respect de cette règle. Pour ce faire, ce service bénéficie de locaux particuliers et d'un personnel spécifique.

La confidentialité doit être organisée au sein des entreprises, physiquement pour le service, administrativement pour les circuits (courrier, téléphone, informatique, meubles de rangement des dossiers, etc). Une protection totale des dossiers et des informations transmises est assurée.

En aucun cas, les services administratifs des sociétés d'assurances ne peuvent connaître les éléments relatifs à l'état de santé qui ont fondé la décision (acceptation avec ou sans surprime, refus, ajournement ou demande de complément d'instructions médicales), ni les éléments des contrats ayant trait à l'état de santé.

Enfin, le responsable du service médical, souvent qualifié de « médecin-chef », coordonne l'activité des autres médecins attachés au service. En outre :

- il organise et maintient les contacts nécessaires avec des médecins correspondants, indépendants de l'entreprise, et chargés d'examiner les assurables en vue de la conclusion d'une assurance, ou d'examiner ou contrôler les personnes malades, ou invalides, ou les victimes d'accidents, dans le cadre du règlement d'un sinistre ou d'une demande de prestations ;
- il procède lui-même ou fait procéder par ses collaborateurs médecins aux examens et contrôles précités lorsque la proximité et l'organisation du service le permettent ;
- il donne son avis médical sur les dossiers de souscription ou de règlement qui sont soumis au service médical ;
- il conseille l'organisme d'assurance en matière de sélection médicale des risques, de prévention et de règlement. Il participe à ce titre à la définition des normes d'acceptation, à l'élaboration des questionnaires de santé et des formulaires de déclaration de sinistre, ainsi qu'à l'information des services techniques en matière médicale ;
- lorsque le proposant le saisit d'une demande d'information, il lui répond soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin désigné par celui-ci.

Il s'agit donc d'une triple mission de contrôle, d'expertise et de conseil, qui n'est confondue ni avec celle de l'expert judiciaire désigné par une juridiction, ou en exécution d'une convention d'arbitrage, ni avec celle des médecins contrôleurs des organismes de sécurité sociale.

II. LA SOUSCRIPTION

A) L'APPRECIATION DES RISQUES LORS DE LA SOUSCRIPTION (ASSURANCES DE PERSONNES)

1. L'état de santé de l'assuré est un élément essentiel d'appréciation du risque pour la souscription d'une assurance comportant des garanties de prévoyance (décès, invalidité, maladie).

L'âge, le montant des sommes assurées, la durée et la nature du contrat, conditionnent le niveau d'information et de contrôle :

- pour les assurances dont les capitaux ou rentes garantis sont faibles, seule une déclaration relative à l'état de santé ou un questionnaire succinct est généralement demandé ;
- lorsque les capitaux ou rentes dépassent un certain montant ou lorsque l'état de santé du candidat à l'assurance ne lui permet pas de souscrire une telle déclaration, *ou que des réponses laissent supposer un risque aggravé*, ou que son âge excède la norme fixée, il est demandé de remplir un questionnaire de risque plus détaillé ;
- lorsqu'un certificat médical ou des pièces justificatives sont demandés au candidat à l'assurance, son médecin traitant le lui remet en mains propres *sous enveloppe* pour transmission au service médical de l'assureur ;
- en fonction des réponses au questionnaire de risque ou de la déclaration d'une pathologie particulière, le médecin conseil de l'assureur demande le cas échéant des examens complémentaires : analyses, radiographies, ou échographies, électrocardiogrammes, etc, ces examens pouvant éventuellement être remplacés par la communication par le proposant des pièces, strictement nécessaires, faisant partie de son dossier médical ;
- l'assureur peut également – si les réponses au questionnaire de risque ou le montant du capital le justifient – demander à l'assuré de se soumettre à un examen médical.

Cet examen peut être précédé ou complété par des analyses biologiques :

- en cas de demande d'examens médicaux, ceux-ci sont effectués par un ou des médecins désignés par l'assureur pour examiner l'assuré, ou par un ou des médecins choisis par celui-ci ;
- les résultats des examens médicaux et les résultats d'examens complémentaires (biologiques, radiologiques) sont remis au proposant qui les transmet au médecin conseil de l'assureur ;
- les conclusions du ou des médecins sont transmises directement sous pli confidentiel au service médical de l'assureur.

Les rapports médicaux et les examens complémentaires relèvent des mêmes règles de confidentialité que les questionnaires médicaux.

2. Les questionnaires répondent à un souci de clarté et de concision pour pouvoir être compris par les assurés, tout en étant suffisamment détaillés pour permettre une appréciation correcte du risque par l'assureur.

Ils comportent généralement deux types de questions :

- des questions portant sur des faits matériels (par exemple : avez-vous eu un arrêt de travail de plus de (x) jours durant la dernière période d'un an ? quels médicaments prenez-vous actuellement ? avez-vous subi des tests médicaux au cours des (y) derniers mois) ;
- des questions portant sur des maladies (par exemple : êtes vous traité pour hypertension ?).

Il existe enfin, pour certaines maladies des questionnaires adaptés, que les personnes concernées remplissent généralement avec le concours de leur médecin traitant.

Le contenu et le traitement de ces questionnaires de risques respectent les principes suivants :

- ils ne doivent comporter aucune question concernant le caractère intime de la vie privée, et en particulier de la vie sexuelle des proposant ;
- les déclarations et questionnaires médicaux de risques sont transmis au service médical par le candidat à l'assurance, qui déclare dans le formulaire accepter cette communication (cf. §B) 2) ;
- les autres déclarations de risques (par exemple, la pratique de certains sports ou certaines professions à risques) peuvent être transmises à un service d'acceptation de risques ;
- ces informations sont traitées **en toute confidentialité** sous la pleine responsabilité du médecin responsable du service médical de l'entreprise ;
- compte tenu des dispositions de l'article L.112-3 du Code des assurances, les formulations de questions trop générales du type « vous estimez-vous en bonne santé ? » sont à écarter. De manière plus générale, afin d'éviter les difficultés d'interprétation et les litiges pouvant en résulter, les questions doivent être rédigées de manière claire et précise.

3. Enfin, en ce qui concerne les exclusions, les conditions particulières du contrat en mentionnent l'existence. Ces exclusions sont portées à la connaissance du candidat par un courrier particulier émanant du service médical.

B) LA COLLECTE LA TRANSMISSION ET LE TRAITEMENT DES INFORMATIONS RECUEILLIES

Les assureurs sont soumis au secret professionnel, comme tous les professionnels recueillant des informations confidentielles. En conséquence, ils prennent les mesures nécessaires pour assurer la confidentialité de ces informations relatives à l'état de santé d'une personne.

1. Collecte et transmission des informations

La nature et la complexité des informations à recueillir sur la santé du candidat à l'assurance lors de la souscription conduisent à proposer une démarche en deux étapes :

- dans un premier temps, le souscripteur est clairement informé des conditions dans lesquelles les informations qu'il va donner dans la suite du questionnaire seront communiquées à la société d'assurance ;
- dans un second temps, il répond seul, s'il le souhaite, aux questions relatives à son état de santé et aux données médicales le concernant.

Sur le premier point, il est recommandé de faire précéder le questionnaire de santé d'une formule du type suivant :

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, vous pouvez les transmettre (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) (par la procédure de (télé) transmission sécurisée ...) au médecin conseil du service médical de la société.

Cependant, si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) (par la procédure de (télé) transmission sécurisée ...) au médecin conseil du service médical de la société.

Dans ce cas, vous utilisez (l'enveloppe ci-jointe) (la procédure sécurisée ...) à destination du médecin conseil de la société d'assurances.

Dès lors, et à condition qu'il soit répondu aux questions précédentes et qu'elles respectent la réglementation sur la nature des questions à poser, l'architecture du questionnaire et la formulation des questions sur l'état de santé et les données médicales du proposant sont du ressort de la société d'assurances, qui peut éventuellement les répartir entre un "questionnaire de santé", supposé simplifié et un "questionnaire médical", concernant notamment des pathologies ou des interventions chirurgicales.

De même, le rapport du médecin examinateur, et les résultats des différents examens demandés au candidat à l'assurance sont transmis, sous pli confidentiel, au service médical de la société d'assurances dans les conditions précisées antérieurement.

2. Traitement

Le service médical émet un avis sur les dossiers comportant des documents confidentiels, des rapports médicaux et plus généralement qui soulèvent un problème d'appréciation médicale. Cet avis est transmis au service chargé de l'acceptation des risques.

Ce dernier service prend pour chacune des garanties du contrat une décision parmi les options suivantes :

- acceptation au tarif normal ;
- acceptation avec surprime et éventuellement limitation de la durée de l'assurance ;
- acceptation avec exclusion d'une ou plusieurs pathologies particulières et de ses suites (ce sont généralement les maladies qui préexistaient à l'entrée à l'assurance) ;
- ajournement (de 1 à 5 ans le plus souvent) ;
- refus.

Le candidat à l'assurance est informé de la décision de la société et de la possibilité de saisir le médecin conseil pour information complémentaire (cf. I – page 5 – dernier ■).

3. Suites de maladies antérieures

Conformément à l'article 3 a) de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, les conditions particulières du contrat doivent mentionner clairement et limitativement les exclusions ou restrictions de garanties consécutives aux maladies antérieures en assurance individuelle ou collective non obligatoire. A cet effet, l'information nécessaire est transmise par le service médical de la société au service d'acceptation des risques d'une part, et au service administratif chargé d'établir le contrat d'autre part.

III. L'EXECUTION DU CONTRAT

A) OBSERVATIONS GENERALES

Conformément aux principes généraux de notre droit, il appartient à l'assuré ou au bénéficiaire de l'assurance qui en demande l'exécution de justifier de ses droits. De même la victime d'une atteinte corporelle due à l'action fautive d'un tiers doit établir la réalité de son préjudice.

L'exécution du contrat peut ainsi nécessiter que l'assureur subordonne le règlement des prestations à la production d'attestations médicales ou au résultat d'examens de contrôle ou d'évaluation effectués par des médecins missionnés à cet effet. L'assureur peut également demander à l'assuré de répondre à un questionnaire s'inscrivant dans le cadre de la déclaration de sinistre. Cette

procédure administrative légère convient particulièrement à l'assurance de remboursement de frais médicaux qui exige une grande rapidité de règlement.

Les investigations de l'assureur sont engagées avec tact et mesure en tenant compte notamment de l'importance du sinistre et de la difficulté pour l'assuré ou ses ayants droit de produire certains justificatifs normalement exigibles.

La loi du 31 décembre 1989 renforçant la garantie offerte aux personnes assurées contre certains risques prévoit que dans les contrats collectifs non obligatoires et dans les contrats individuels couvrant des risques de prévoyance, l'assureur peut à certaines conditions (cf. II) - B) - 3) refuser la prise en charge des suites de maladies antérieures à la conclusion du contrat. Il doit alors apporter la preuve de l'antériorité de la maladie, dans le respect du secret professionnel auquel il est tenu.

B) LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

Le règlement des prestations nécessite le rapprochement des déclarations initiales faites lors de la souscription du contrat de celles effectuées à la suite du sinistre ; il en est de même en cas de constatations médicales ou autres résultats du dossier de règlement.

Les problèmes de confidentialité liés à l'établissement des questionnaires de règlement ou aux relations de l'assureur avec le corps médical en vue de ce règlement ne sont pas fondamentalement différents en assurances de personnes de ceux relatifs à la souscription de l'assurance.

Néanmoins, les précisions suivantes peuvent être apportées :

- les questionnaires destinés aux personnes déclarant un sinistre distinguent les rubriques de caractère administratif de celles proprement médicales. Lorsque ces dernières doivent être remplies par le médecin traitant de l'assuré ou de la victime, elles font l'objet d'un document distinct ;
- tout document établi par un médecin ayant donné ses soins à l'assuré est remis à celui-ci ou à ses ayants droits qui demeurent libres de son usage ;
- tout médecin intervenant pour le compte d'un assureur auprès d'un assuré d'une victime demandant réparation d'un dommage corporel ou de leurs ayants droit précise clairement qui l'a missionné et quel est le but de sa mission, afin d'éviter toute confusion, notamment avec les médecins contrôleurs de la sécurité sociale ;
- l'exigence de justificatifs ou de contrôles médicaux, si elle est nécessaire au respect des engagements réciproques des parties au contrat d'assurance, ainsi qu'à la défense des intérêts légitimes de l'ensemble des assurés constituant la mutualité couverte par l'assureur, est limitée aux mesures indispensables sans perdre de vue la situation particulière de l'assuré, de ses ayants droit ou de la victime. Les informations émanant du service médical comportent une partie administrative, communiquée au service gestionnaire, et une partie médicale séparée qui est conservée par le service médical.

ENGAGEMENT RELATIF A LA COMMERCIALISATION DES ASSURANCES DE PERSONNES

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 18 décembre 2008 et adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

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 assurances, qui, quel que soit leur statut juridique, présentent au public des opérations d'assurances 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'impose à la totalité des conseillers en assurances de personnes.

Le présent engagement qui apporte des ajouts et des évolutions de forme à la version précédente, a pour objet d'organiser la qualité de la relation entre les assureurs de personnes et leurs clients.

Les conseillers en assurances 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.

I – PRESENTATION ET COMPORTEMENT

Le conseiller en assurances de personnes :

- S'abstient de toute visite ou sollicitation manifestement inopportunes ;
- Se présente et indique la société qu'il représente ;
- Donne toutes les informations nécessaires à la meilleure évaluation possible des besoins des clients ;
- Présente clairement à son interlocuteur, après l'évaluation de ses besoins, les solutions adaptées qu'il lui propose et le(s) type(s) de service d'assurance (prévoyance, épargne, retraite, ...) auxquelles elles se rattachent ;
- Rappelle, si nécessaire, que les contrats proposés ne font l'objet d'aucune obligation légale de souscription ;
- Emporte la conviction de son interlocuteur par la pertinence de ses arguments ;
- Est particulièrement attentif à la réalité du besoin des souscripteurs¹ d'âge élevé ;
- Ne fait jamais souscrire un contrat d'assurance de personnes à ceux qui ne semblent pas aptes à donner un consentement ;
- 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 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 Il faut lire « adhérent » lorsqu'il s'agit d'une assurance de groupe.

II - ENTRETIEN

A - Le conseiller en assurances 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 ;
- 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 ;
- Faire état de dispositions juridiques, sociales ou fiscales inexactes ou inadaptées.

B - Le conseiller en assurance vie et capitalisation

doit :

- Présenter les caractéristiques principales des garanties, notamment en unités de compte, adaptées à la situation et aux objectifs du client ;
- Préciser le montant et le mode d'évolution des garanties et des cotisations, notamment lorsqu'il s'agit de garanties en unités de compte,
- Expliquer clairement que le risque de variation à la hausse, comme à la baisse des unités de compte servant de références pour les garanties du contrat est supporté par le client ;
- Expliquer les conséquences de la désignation d'un tiers au bénéfice du contrat et de son éventuelle acceptation ;
- Préciser les modalités et conditions de mise en jeu des garanties.

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 bénéficiaires 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.

C - Le conseiller en assurance maladie et accidents corporels

doit :

- Préciser notamment : la durée du contrat, le montant (franchise et plafonnement) et le mode d'évolution des garanties et des cotisations ;
- Pour ce qui est des garanties, préciser si elles sont viagères ou non.

III – SOUSCRIPTION, PAIEMENT DES COTISATIONS ET SUIVI

Le conseiller en assurances de personnes ne propose la souscription d'un contrat qu'après avoir fait un exposé clair, des engagements du souscripteur ⁽¹⁾ de ceux de la société et après avoir remis les documents nécessaires.

Il veille à ce que le niveau des cotisations reste dans la limite des capacités de paiement du souscripteur ¹ eu égard à ses ressources, à ses charges et à son âge.

Si un questionnaire de santé doit être rempli, le conseiller en assurances de personnes attire l'attention du souscripteur ⁽¹⁾ sur l'importance de la sincérité et de la précision des réponses apportées au questionnaire et sur les conditions du respect de sa confidentialité.

En assurance vie et capitalisation, le conseiller informe le souscripteur des conditions d'exercice et des conséquences de la faculté de renonciation qui lui est offerte pendant un délai de 30 jours à compter de la date à partir de laquelle le souscripteur est informé que le contrat est conclu.

Il lui rappelle que le versement des cotisations n'est jamais obligatoire et lui explique clairement les conséquences d'un arrêt de leur paiement, ainsi que celles d'une résiliation prématurée.

En assurance maladie et accidents corporels, le conseiller rappelle au souscripteur les modalités de versement des cotisations et les conséquences de leur non-paiement, ainsi qu'en cas de démarchage, l'existence d'un délai de renonciation de 14 jours, à compter de la conclusion du contrat.

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

¹ Il faut lire « adhérent » lorsqu'il s'agit d'une assurance de groupe.

ENGAGEMENT RELATIF AUX CONTRATS EN UNITES DE COMPTE REPOSANT SUR DES ACTIFS DEDIES FERMES

Cet engagement a été initialement adopté par le Groupement des Assurances de Personnes en 1994. Lors de la dissolution de ce groupement, il a été repris et validé comme engagement de la FFSA par son Assemblée Générale le 18 janvier 2000 puis confirmé le 24 juin 2003. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

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.

Sur un plan général, il est rappelé qu'en vertu de l'article L.132-13 du Code des assurances, les primes versées par le souscripteur d'un contrat d'assurance sur la vie peuvent être soumises aux règles du rapport à succession et de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers, lorsqu'elles sont manifestement exagérées eu égard à ses facultés.

I – CONTRATS EN UNITES DE COMPTE

1. Les textes législatifs (circulaire G.A.P. du 31 juillet 1992) et réglementaires (circulaire G.A.P. du 15 septembre 1992) prévoient des dispositions sur lesquelles il convient d'attirer particulièrement l'attention

- L'article L.131-1 du Code des assurances précise que les valeurs mobilières ou les actifs pouvant constituer des unités de compte doivent offrir « une protection suffisante de l'épargne investie ».
- Le même article précise également qu'au moment du règlement, en cas de remise de titres par l'assureur et non d'espèces, ces titres doivent être négociables et ne pas conférer de droit de vote à l'assemblée générale des actionnaires d'une société inscrite à la cote officielle d'une bourse de valeurs.
- Les valeurs non cotées ainsi que les immeubles isolés ont été exclus de la liste des actifs supports.

Ces dispositions ont été éditées afin d'éviter, par le biais d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation, des prises de participation par le contractant ou les bénéficiaires dans le capital des sociétés ou encore la transmission d'une entreprise sans droits de succession.

2. A ces textes, il y a lieu d'ajouter les recommandations ci-après

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

a) 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 assureurs.

- L'assureur 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'assureur 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.

b) Les nouvelles 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'assureur. Dans tous les cas, la gestion des actifs doit être faite de façon à ne pas nuire à l'équilibre des autres contrats.

- La représentation des engagements par un nombre réduit de valeurs nécessite que les actifs soient suffisamment liquides.

- Lorsque l'assureur crée un ensemble d'actifs cantonnés, il applique des règles prudentielles de dispersion et de valorisation des actifs s'inspirant notamment du Code des assurances.

- L'article R.131-1 autorise comme actif support les actions des sociétés d'assurances : la société d'assurances 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 sociétés d'assurances.

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

d) La nature des contrats en unités de compte justifie une information spécifique des assurés, notamment en raison de la variation des valeurs de référence. En outre, lors de la constitution d'un ensemble d'actifs cantonnés, il est recommandé de communiquer aux assurés de façon régulière, au moins annuellement, notamment la composition du fonds et de l'avertir de l'orientation de la gestion du fonds.

II – PRINCIPES CONCERNANT LES CONTRATS REPOSANT SUR DES ACTIFS DEDIES FERMES

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.

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

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

3) Outre les recommandations du 2) a) de la partie 1 ci-dessus, il est précisé que l'assureur ne peut accepter de transférer la jouissance des droits et obligations attachés aux actifs.

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.

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.

6) A l'exception des parts de SCI, les titres doivent être négociables sur un marché. Les titres inscrits au hors cote ne sont pas admis pour les actifs dédiés fermés.

*

Les points évoqués dans cette déontologie ne constituent pas une liste exhaustive, mais ils sont indicatifs de l'esprit dans lequel les récentes dispositions doivent recevoir application dans l'intérêt général des assurés et des assureurs.

Les principes visés dans cette note s'imposent à l'ensemble des sociétés adhérentes à la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, qui serait mis dans la nécessité d'intervenir au cas où ils seraient transgressés et se trouverait alors dans l'obligation de prendre toutes mesures de nature à faire respecter la discipline acceptée par ses membres.

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.

ENGAGEMENT RELATIF A L'UTILISATION DES AVANCES SUR CONTRAT

Cet engagement a été initialement adopté par le Groupement des Assurances de Personnes en 1995. Lors de la dissolution de ce groupement, il a été repris et validé comme engagement de la FFSA par son Assemblée Générale le 18 janvier 2000 puis confirmé le 24 juin 2003. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

Le présent engagement a pour objet de rappeler que les avances sur contrats doivent revêtir un caractère exceptionnel et de préciser le cadre dans lequel elles 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 la date de la présente circulaire. Il est bien entendu souhaitable que les contrats en cours soient aménagés en conséquence, dès que possible, s'ils ne sont pas compatibles avec l'application immédiate de la recommandation.

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

Cette faculté pour l'assureur est prévue par le Code des assurances. Son article L. 132-21 dispose en effet que : « *L'assureur peut consentir des avances au contractant dans la limite de la valeur de rachat du contrat* ».

Le développement de certains contrats conduit la Fédération Française des Sociétés d'Assurances à rappeler les règles applicables et à énoncer quelques recommandations que devront respecter les sociétés pour éviter toute dénaturation de l'opération, notamment dans un esprit qui serait à caractère exclusivement fiscal.

*

L'avance est une opération destinée exclusivement à financer un besoin momentané du souscripteur. Elle doit donc avoir un caractère exceptionnel. Les avances ne doivent en conséquence 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.

Il va de soi qu'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.

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 distinct des conditions générales.

I. 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 (circulaire G.A.P. du 24 janvier 1994).

II. DUREE DE L'AVANCE

L'avance est consentie pour une durée qui ne peut excéder trois années renouvelables par tacite reconduction.

Il est recommandé aux sociétés d'inciter les souscripteurs à procéder au remboursement de l'avance avant le terme effectif du contrat.

III. TAUX D'INTERET DE L'AVANCE

Le montant du taux d'intérêt annuel auquel est consentie l'avance doit être clairement indiqué au souscripteur au moment de l'opération, et ce taux d'intérêt ne peut être nul.

Le taux d'intérêt est au moins égal au taux moyen des emprunts d'état majoré du taux des frais de gestion du contrat et de la rémunération normale de l'assureur.

En ce qui concerne les contrats en euros, ce taux d'intérêt doit en outre être au moins égal au taux de rémunération du contrat majoré du taux des frais de gestion du contrat et de la rémunération normale de l'assureur.

Les extraits des instructions fiscales traitant des avances sur contrat sont annexés à la présente recommandation.

ANNEXE

1) Une instruction fiscale du 31 décembre 1984 (BODGI 5 I-3-84) a précisé que : « *La perception d'avances peut permettre dans certains cas d'obtenir la disposition des sommes équivalentes au rachat total ou partiel du contrat, tout en laissant subsister celui-ci au-delà de six ans* ou jusqu'à une période où le taux de prélèvement est plus faible.* » (Application de l'article 125-OA du C.G.I.).

L'Administration a également rappelé qu'elle : « *dispose de la possibilité de démontrer que, sous couvert d'avances, le contribuable a entendu disposer définitivement de tout ou partie de la valeur de rachat en échappant à la taxation ou en bénéficiant d'une taxation réduite.* »

2) Une instruction fiscale du 12 juillet 1990 (BOI 5 I-4-90) rappelle que : « *Les avances consenties par l'organisme gestionnaire au titulaire qui n'entraînent pas diminution des sommes dues ou du capital garanti au titre du PEP sont des prêts et non des retraits.* »

Elle indique cependant : « *Il y aurait, toutefois, retrait de fonds dans l'hypothèse où l'avance aurait pour contrepartie une réduction de capital ou de la rémunération du PEP (notamment par baisse du taux d'intérêt ou de la participation aux bénéfices, par modification du montant du capital sur lequel porte la rémunération ou l'indexation par compensation d'intérêts créditeurs et débiteurs...). Ce retrait serait réputé effectué à la date où la rémunération ainsi abandonnée par l'épargnant aurait dû être capitalisée à son profit.* »

* Actuellement 8 ans.

ENGAGEMENT RELATIF AUX CONTRATS EN UNITES DE COMPTE ADOSSES A DES SUPPORTS A PERFORMANCES GARANTIES

Cet engagement a été initialement adopté par le Groupement des Assurances de Personnes en 1997. Lors de la dissolution de ce groupement, il a été repris et validé comme engagement de la FFSA par son Assemblée Générale le 18 janvier 2000 puis confirmé le 24 juin 2003. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

L'attention de la profession ayant été attirée sur certaines difficultés concernant les contrats d'assurance vie en unités de compte adossés à des supports à performances garanties, celle-ci a établi le présent engagement conformément à un accord passé avec la direction du Trésor.

La circulaire du Groupement des Assurances de Personnes n° 95/CI-19 du 20 avril 1995 avait précisé les conditions d'information du souscripteur lorsque le contrat d'assurance vie repose sur des unités de compte comportant des garanties de performance.

Pour des raisons évidentes, 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. C'est pourquoi le contrat ne peut faire mention des garanties de performance de l'unité de compte (article R.132-4 du Code des assurances).

Dans le même esprit, l'ensemble des documents remis aux assurés doivent clairement expliquer les engagements contractuels pris par l'assureur. Les informations sur les caractéristiques des unités de compte doivent désormais être présentées sur des documents distincts et spécifiques, en formulant clairement les garanties éventuelles qu'elles comportent le cas échéant. Cela peut s'effectuer au travers de la remise d'une fiche C.O.B. ou au travers d'un document spécifique dont il est précisé au moyen d'une mention explicite en caractères très apparents le caractère non contractuel.

D'une manière générale, la diffusion de ces contrats complexes impose une vigilance particulière sur la rédaction de l'ensemble des documents remis au client, ainsi que sur toutes les informations communiquées au public, quel que soit le support utilisé à cette fin.

ENGAGEMENT RELATIF A LA TERMINOLOGIE DES CONTRATS EMPRUNTEURS

Cet engagement a été initialement adopté par l'Assemblée Générale du Groupement des Assurances de Personnes en 1998. Lors de la dissolution de ce groupement, il a été repris et validé comme engagement de la FFSA par son Assemblée Générale le 18 janvier 2000 puis confirmé le 24 juin 2003. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

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.

I. INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (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.

II. HARMONISATION DES NOTIONS D'INCAPACITE ET D'INVALIDITE

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 :

- 1) l'adjectif *temporaire* ne doit concerner que l'incapacité, et l'adjectif *permanent* que l'invalidité ;
- 2) en revanche, les termes *partiel* et *total* peuvent être utilisés pour incapacité et invalidité ;
- 3) 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.

III. RECONNAISSANCE PAR LA SECURITE SOCIALE ET RECONNAISSANCE PAR LES ASSUREURS

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.

ENGAGEMENT RELATIF A LA COMMUNICATION DES TAUX DE RENDEMENT DES SUPPORTS EN EUROS DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE ET DE CAPITALISATION

Cet engagement a été initialement pris par le Groupement des Assurances de Personnes en 1998. Lors de la dissolution de ce groupement, il a été repris et validé comme engagement de la FFSA par son Assemblée Générale le 18 janvier 2000 puis confirmé le 24 juin 2003. Plusieurs modifications y ont ensuite été apportées pour en simplifier la mise en œuvre et il a été approuvé dans son état actuel par l'Assemblée Générale de la FFSA le 26 juin 2007. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

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.

I – 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 sociétés 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.

II – CONTENU

Les entreprises adhérentes 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'entreprise¹.

¹ Ce pourcentage s'entend par entreprise, prise isolément au sein d'un groupe, pour ses opérations d'assurance directe en France.

ENGAGEMENT RELATIF AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 17 décembre 2001 puis confirmé le 24 juin 2003. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

Malgré une législation et une réglementation définissant avec précision les contrats d'assurance vie et les contrats de capitalisation, des débats jurisprudentiels et doctrinaux ont conduit la Fédération à mener une réflexion sur leur contenu et leur rédaction, sur la nature des garanties et sur les pratiques à la souscription. Cette réflexion a conduit à l'adoption du présent engagement.

I. CONTENU ET REDACTION DES CONTRATS

Le contrat doit comporter les termes prévus par le Code des assurances pour qualifier les primes, la tête assurée et les garanties.

- Il doit préciser qu'il s'agit d'un contrat d'assurance vie régi par le Code des assurances, indiquer le numéro et l'intitulé de la branche concernée (20. Vie décès ; 22. assurances liées à des fonds d'investissement ; 24. Capitalisation...) et son nom technique (capital différé, temporaire décès, etc.).
- Il doit indiquer clairement l'existence d'une ou plusieurs têtes assurées et la nature de la garantie (vie, décès, autres...), ainsi que sa durée (X années ou viagère).
- Il doit mentionner la possibilité de désigner un bénéficiaire et les conséquences sur le fonctionnement du contrat de l'acceptation de la désignation par le bénéficiaire.

Plus généralement, l'amélioration du langage de l'assurance afin de favoriser sa compréhension par le plus grand nombre ne doit pas conduire à une présentation juridiquement et techniquement incomplète du contrat.

Un lexique peut éventuellement commenter les mots techniques lorsqu'ils sont difficiles à comprendre par les souscripteurs (valeur et modalités de rachat, participation aux bénéfices, etc.).

Il convient d'être également très vigilant sur les communications publicitaires, quel que soit le support utilisé, concernant la présentation au public des contrats d'assurance vie afin d'écartier toute présentation 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.).

II. LA NATURE DES GARANTIES

Il est rappelé qu'un contrat d'assurance vie est un contrat aléatoire dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine contrairement à un produit financier.

- Le contrat doit exprimer clairement l'existence d'une ou plusieurs têtes assurées dont la survie ou le décès entraîne le paiement des prestations garanties.

- Le contrat peut comporter des garanties complémentaires, telles que le doublement en cas de décès accidentel, la couverture de la perte totale et irréversible d'autonomie ou une option de sortie en rente viagère que seul peut fournir le contrat d'assurance.
- La différenciation entre les garanties en cas de vie et les garanties en cas de décès peut constituer un élément naturellement discriminant avec tout autre produit comportant de l'épargne notamment pour les contrats en unités de compte avec garantie plancher.

III. LES PRATIQUES A LA SOUSCRIPTION

Il convient d'éviter les souscriptions qui fragilisent l'opération d'assurance, tant sur le plan civil que sur le plan fiscal.

- Il faut écarter les souscriptions à des âges très élevés dans des conditions qui laissent paraître un risque sensible de contestations ultérieures. L'entreprise devrait mettre en place un examen systématique lors d'une demande de souscription au-delà d'un certain âge et, en tout état de cause, à partir de 85 ans.
- Il convient d'être très attentif au fait que le montant des primes versées sur des contrats d'assurance vie soit adapté aux objectifs du souscripteur et à la composition de son patrimoine. Les circonstances de fait peuvent d'ailleurs conduire à la rédaction par l'intermédiaire d'un document de motivation afin de préciser les circonstances de la souscription.
- Le contrat d'assurance vie doit comporter une clause bénéficiaire clairement rédigée.

ENGAGEMENT RELATIF A L'INFORMATION DES NOTAIRES PAR LES ASSUREURS

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 25 juin 2002 puis confirmé le 24 juin 2003. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

Le Conseil Supérieur du Notariat ayant soulevé auprès de la FFSA plusieurs questions relatives à la transmission d'informations aux notaires par les assureurs, notamment lors du règlement des successions, un groupe de travail réunissant des représentants des deux professions a préparé un accord qui a été soumis à l'approbation de l'Assemblée Générale et qui vaut désormais engagement professionnel. Le GEMA a décidé a posteriori de s'obliger unilatéralement et sans être partie à l'accord aux mêmes obligations d'information vis-à-vis des notaires.

AMELIORATION DE L'INFORMATION DES NOTAIRES PAR LES ASSUREURS

Dans le cadre du règlement des successions, les notaires ont besoin de connaître l'existence de contrats d'assurance vie souscrits tant par le défunt que par son conjoint et certaines de leurs caractéristiques. Or, dans la pratique, il a été constaté des difficultés dans ces échanges d'informations entre notaires et assureurs entraînant des relations parfois difficiles entre les deux professions. Pour y remédier, le groupe de travail a proposé la normalisation des pratiques sous forme de lettres types qui seront échangées entre notaires et entreprises d'assurances. Ces lettres ont été conçues dans le respect des contraintes de chaque profession. Elles ont pour mérite de concilier les obligations de confidentialité des assureurs et le besoin d'informations des notaires dans le cadre des règlements de successions.

La réflexion a conduit à distinguer les modalités d'information selon que les contrats sont dénoués ou non dénoués.

- **Contrats dénoués par le décès de l'assuré**

Ces lettres permettront au notaire de connaître l'existence des contrats souscrits par le défunt, ainsi que certaines de leurs caractéristiques : type de contrat, date de souscription et montant des primes. En revanche, il a été pris acte des obligations de confidentialité des assureurs qui ne leur permettent 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, notamment, de l'article L132-13 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**

Les deux professions ont constaté les divergences d'analyse quant au traitement civil des contrats d'assurance vie non dénoués financés avec des fonds communs, lors d'une liquidation de communauté par décès.

En présence d'un contrat d'assurance vie souscrit par le conjoint survivant et financé avec des fonds communs, l'intégration de la valeur du contrat dans la liquidation de la communauté par décès fait l'objet d'une controverse juridique depuis un arrêt Praslicka du 31 mars 1992 de la première chambre civile de la Cour de cassation.

En effet, sur le plan civil, certains estiment que la valeur de rachat d'un contrat non dénoué doit être intégrée à l'actif de la communauté, même lorsque celle-ci est dissoute par décès.

D'autres considèrent, en revanche, que le contrat pouvant se dénouer alternativement en cas de vie ou en cas de décès, sa valeur ne doit pas être intégrée à l'actif de communauté puisque l'événement conditionnant le dénouement du contrat est inconnu (vie ou décès).

Cette position conduit à considérer le contrat comme un propre à l'époux souscripteur, sauf récompense en cas de primes manifestement exagérées.

Le contrat peut se dénouer alternativement en cas de vie ou en cas de décès de l'assuré, ou encore en cas de rachat par le souscripteur :

- **En cas de vie**, ou à la suite du rachat, le capital est versé au souscripteur.
- **En cas de décès**, le capital est versé au bénéficiaire désigné qui est réputé, conformément à l'article L. 132-12 du Code des assurances, en être propriétaire depuis l'origine. Ce capital n'a jamais fait partie du patrimoine du souscripteur et la communauté ne peut se prévaloir d'aucune créance. Conformément à l'article L. 132-13 du Code des assurances, le capital décès n'est soumis ni aux règles du rapport à succession, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers du contractant, sauf primes manifestement exagérées.

En pratique et en fonction de la thèse à laquelle adhèrent les héritiers, il appartient à ces derniers de se prononcer sur la nature propre ou commune de la valeur du contrat. La solution retenue aura des conséquences importantes pour le client tant sur le plan civil que fiscal.

- **Sur le plan civil**, la qualification de bien propre conduit à accroître les droits du conjoint survivant.
- **Sur le plan fiscal**, la qualification de bien commun conduit à soumettre aux droits de succession la moitié de la valeur du contrat, alors que la qualification de bien propre conduit à ce que la valeur de rachat n'entre pas dans l'assiette des droits de succession.

En outre, dans le cas où le bénéficiaire du contrat non dénoué serait le conjoint prédécédé, la doctrine administrative (BOI 7 G-2-01 du 30 janvier 2001) a précisé que l'administration fiscale s'alignera sur la position civile prise par les héritiers : *« Autrement dit, dans tous les cas, l'administration fiscale se bornera à tirer les conséquences des parts civiles déclarées par les redevables, en ce qui concerne les contrats d'assurance, sans se substituer à eux dans des actions qui leur seraient personnelles »*.

C'est pourquoi, les deux professions se sont mises d'accord pour que les parties soient clairement informées, afin que les héritiers puissent prendre, en toute connaissance de cause, la décision d'intégrer ou non civilement la valeur de rachat du contrat, avec les conséquences fiscales qui en résultent.

Un modèle d'échange de lettres entre notaires et assureurs a été élaboré, qui constitue une annexe au présent accord.

ENGAGEMENT RELATIF AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE ET AUX CONTRATS DE CAPITALISATION SOUSCRITS PAR DES ENTREPRISES

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 17 décembre 2002 puis confirmé le 24 juin 2003. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

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.

Le recours à ces contrats pour ce type d'opération comportant des inconvénients graves au regard de la technique de l'assurance, de la gestion des actifs et risquant de nuire à la mutualité des assurés, le Groupement des Assurances de Personnes avait diffusé le 28 juin 1996 des recommandations à ses membres pour ne pas accepter de telles souscriptions. Elles avaient été renouvelées en 1997 et en 2000. La question demeurant d'actualité, la FFSA et le GEMA ont estimé nécessaire de préciser ces recommandations et de leur donner la force obligatoire d'un engagement professionnel.

Les sociétés membres de la FFSA et du GEMA 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 et commerciales, et les personnes morales soumises à l'impôt sur les sociétés.

Cet engagement ne vise pas notamment le cas des contrats d'assurance vie 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.

ENGAGEMENT RELATIF A LA COMMERCIALISATION DU PLAN D'EPARGNE RETRAITE POPULAIRE

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 29 juin 2004. Il a été adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

La profession a souhaité qu'un engagement à caractère déontologique relatif au plan d'épargne retraite populaire soit élaboré pour permettre à l'ensemble des entreprises d'apporter au public une information adaptée sur la nature spécifique de ce contrat et donner ainsi à chacun la possibilité de choisir dans de bonnes conditions le contrat adapté à ses besoins.

L'ensemble des engagements relatifs aux assurances figurant dans le recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurances membres de la FFSA ou du GEMA s'appliquent au plan d'épargne retraite populaire sous réserve des dispositions du présent engagement.

I. Analyse préalable

Le conseiller doit aider son interlocuteur à analyser sa situation au regard de la préparation de sa retraite (situation professionnelle, autres produits détenus, proximité de la retraite ...), de sa situation familiale et de sa situation fiscale afin de déterminer ses besoins et d'être en mesure de lui proposer par la suite des solutions adaptées.

II. Information préalable

Avant l'adhésion à un plan d'épargne retraite populaire, et afin d'écartier toute confusion avec d'autres produits, l'attention du client doit être attirée sur ses spécificités et notamment sur les deux points suivants :

- sauf dans les cas prévus par l'article L.132-23 du Code des assurances¹, l'adhésion à un plan d'épargne retraite populaire permet exclusivement le paiement le moment venu à l'adhérent d'une prestation sous forme de rente ;
- le contrat comporte une fiscalité particulière au regard de l'IRPP adaptée à son objet : les cotisations sont déductibles du revenu imposable sous conditions et la rente est soumise à l'impôt sur le revenu.

III. Relation contractuelle

La relation contractuelle entre l'adhérent à l'association souscriptrice et l'entreprise d'assurance repose sur un document qui expose les rôles respectifs de l'assureur et de l'association, et qui doit clairement indiquer les conditions de fonctionnement du contrat proposé dans le cadre du plan d'épargne retraite populaire en application des textes légaux et réglementaires.

¹ La loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié et portant diverses dispositions d'ordre économique et social a introduit une nouvelle exception pour les personnes n'ayant pas été propriétaires de leur résidence principale dans les deux ans précédant la prise de retraite.

En particulier, il doit être indiqué :

- L'objet du contrat, c'est-à-dire s'il s'agit d'un contrat de rente viagère différée, d'un contrat de capital différé converti en rente, d'un contrat de rentes en points, la nature des supports, euros « classiques », eurodiversifié avec provision technique de diversification laissée au choix du client ou non, ou multisupports, ainsi que l'existence éventuelle de garanties complémentaires associées au contrat.

En raison de la nature particulière de l'engagement à long terme du plan d'épargne retraite populaire, les entreprises d'assurances s'engagent à ne pas communiquer à titre promotionnel sur un taux garanti à court terme.

IV. Enveloppe fiscale globale

Il doit également être clairement indiqué à l'adhérent le mécanisme de l'enveloppe fiscale globale. Il convient de lui préciser qu'il doit être imposable à l'impôt sur le revenu pour bénéficier de la déduction fiscale du revenu net global de ses cotisations plan d'épargne retraite populaire, et qu'il sera tenu compte des cotisations versées l'année précédente au titre des contrats retraite article 83, Madelin ou Madelin agricole, ainsi que de l'abondement de l'employeur au plan d'épargne retraite collectif (PERCO), pour déterminer son disponible fiscal au titre du plan d'épargne retraite populaire, de la Préfon et des contrats assimilés pour une année donnée.

V. Sécurisation progressive de l'épargne

Dans le cas d'un contrat eurodiversifié ou d'un contrat en unités de compte, l'assureur s'engage à expliquer clairement à l'adhérent le mécanisme de la sécurisation progressive de l'épargne ainsi que les modalités et les conséquences d'une dérogation à celui-ci, lorsqu'elle est prévue au contrat.

VI. Transfert

Il convient d'indiquer très clairement dans les documents contractuels remis à l'adhérent, les modalités de transfert et notamment la faculté de renonciation de quinze jours, les valeurs de transfert ainsi que le coût effectif du transfert incluant le mécanisme éventuel d'imputation des moins-values latentes, les pénalités et les frais.

Il ne doit pas être donné de conseils au client visant à lui faire transférer un contrat en cours sans qu'une analyse préalable des conséquences de ce transfert ait été faite avec lui.

ENGAGEMENT RELATIF AUX CONTRATS D'ASSURANCE DE GROUPE SUR LA VIE SOUSCRITS PAR DES ASSOCIATIONS

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 21 juin 2005 et adopté par la Commission exécutive du GEMA le 11 décembre 2008.

Le développement des contrats d'assurance vie souscrits par des associations a rendu opportun de préciser les conditions dans lesquelles les entreprises d'assurances acceptent de souscrire avec une association des contrats d'assurance de groupe sur la vie lorsque le lien qui unit l'adhérent au souscripteur ne rend pas obligatoire l'adhésion au contrat.

1 LORS DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

Les entreprises d'assurances s'engagent à ne souscrire avec une association un contrat d'assurance de groupe sur la vie, lorsque le lien qui unit l'adhérent au souscripteur ne rend pas obligatoire l'adhésion au contrat, ou à ne le modifier substantiellement, que si les conditions suivantes sont remplies.

1 Les statuts de l'association ou son règlement intérieur prévoient :

- son objet et les coordonnées de son siège social ;
- l'établissement par le conseil d'administration de l'association d'un rapport annuel sur le fonctionnement du ou des contrat(s) d'assurance tenu à la disposition des adhérents ;
- la tenue, au moins une fois par an, d'une assemblée générale et les modalités d'exercice du droit de vote des adhérents ;
- les ressources nécessaires au fonctionnement de l'association.

2 L'association s'engage formellement auprès de l'assureur à informer ou à faire informer chaque adhérent lors de son adhésion à l'association et au contrat :

- du contenu des statuts de l'association par la remise d'une copie de ceux-ci ou la communication de l'adresse électronique où se procurer ce document et, le cas échéant, le règlement intérieur ;
- des noms, professions et fonctions des membres de son Conseil d'administration ;
- des dispositions selon lesquelles le contrat d'assurance peut être modifié par accord entre l'association et l'assureur, et notamment des modalités d'adoption des avenants modificatifs ;
- des conditions et des conséquences d'une résiliation du ou des contrats d'assurance, que celle-ci intervienne à l'initiative de l'assureur ou de l'association ;
- des conditions de son éventuelle dissolution en rappelant que conformément à l'article L.140-6 du Code des assurances en cas de dissolution ou de liquidation de

l'association, le contrat se poursuit de plein droit entre l'entreprise d'assurances et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

2 EN COURS DE CONTRAT

Les entreprises d'assurances s'engagent à veiller à ce que toute association avec laquelle elles ont souscrit un contrat d'assurance de groupe sur la vie, lorsque le lien qui unit l'adhérent au souscripteur ne rend pas obligatoire l'adhésion au contrat :

- transmette ou fasse transmettre aux adhérents les informations annuelles prévues par l'article L.132-22 du Code des assurances,
- informe ou fasse informer les adhérents des modifications intervenant en cours de contrat et de la justification de celles-ci.

3 EN CAS DE RESILIATION DU CONTRAT

Les entreprises d'assurances s'engagent à veiller à ce que les conditions et conséquences d'une résiliation du ou des contrats d'assurance, qu'elle intervienne à l'initiative de l'assureur ou de l'association, soient communiquées à l'adhérent.

Les dispositions du présent engagement sont applicables dans un délai de six mois à compter de son adoption.

ENGAGEMENT RELATIF A LA TRANSFORMATION DE CONTRATS D'ASSURANCE VIE OU DE CAPITALISATION EN EUROS EN CONTRAT OU BONS EN UNITES DE COMPTE

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 16 décembre 2005 et adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

L'article 1er de la loi pour la confiance et la modernisation de l'économie du 26 juillet 2005 a prévu qu'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation en euros peut être transformé en contrat multisupports sans les conséquences fiscales d'un dénouement.

Cette mesure n'est pas limitée dans le temps.

L'instruction fiscale parue au Bulletin officiel des impôts le 4 novembre 2005 précise les conditions d'application de cette disposition.

La profession a adopté un engagement à caractère déontologique pour la bonne application de cette mesure permettant d'assurer son succès, dans l'intérêt tant des détenteurs de contrats d'assurance vie ou de capitalisation que de l'économie française.

En effet, la transformation implique que les souscripteurs ou adhérents passent d'un contrat où le risque financier est entièrement assumé par l'assureur, à un contrat libellé en tout ou partie en unités de compte pour lesquelles l'assureur s'engage, vis-à-vis de l'assuré, uniquement sur le nombre d'unités de compte, et non sur leurs valeurs qui sont soumises aux fluctuations des marchés financiers.

Ce changement de garanties contractuelles souscrites justifie une attention toute particulière dans l'information et le conseil délivrés au client.

IMPACTS DE LA TRANSFORMATION SUR LA CHARGE DU RISQUE

Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA doivent attirer l'attention du souscripteur ou 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. Il lui est précisé que l'assureur ne garantit que le nombre d'unités de compte et non leurs valeurs qui sont soumises aux fluctuations des marchés financiers.

Les entreprises adhérentes s'engagent à être très attentives au fait que le choix du contrat soit adapté aux objectifs du souscripteur ou de l'adhérent, à la composition de son patrimoine, à sa situation familiale, à son âge et à son horizon de placement.

MANIFESTATION EXPRESSE DU CONSENTEMENT

Les entreprises adhérentes s'engagent à ce que la décision de transformation se matérialise par une manifestation expresse de volonté du souscripteur ou de l'adhérent de procéder à la transformation, marquant ainsi son plein consentement à l'opération effectuée.

INFORMATIONS DES SOUSCRIPTEURS OU ADHERENTS LORS DE LA TRANSFORMATION

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

- à délivrer l'ensemble des informations contractuelles nouvelles,
- à fournir une information sur les caractéristiques principales des unités de compte choisies,
- 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.

Les conséquences de la transformation, notamment en termes de garantie de taux et de tables, de frais, ou en cas d'avances en cours seront précisées aux souscripteurs ou adhérents.

INVESTISSEMENT EN UNITES DE COMPTE

Par ailleurs, l'objectif de la loi précitée est de permettre aux souscripteurs ou adhérents qui le souhaitent d'exposer de façon accrue leurs contrats existants à des supports à capital variable, notamment investis en actions. L'instruction fiscale précitée a précisé que la transformation doit donner lieu à la conversion d'une part significative des engagements en droits exprimés en unités de compte, répondant à l'objectif défini par le législateur. A défaut, le maintien de l'antériorité fiscale du bon ou contrat pourrait être remis en cause par l'administration fiscale.

En conséquence, les entreprises d'assurances s'engagent à n'opérer des transformations que si les sommes affectées à des unités de compte notamment investies en actions représentent au moins 20 % du total.

Bien que le dispositif législatif et l'instruction fiscale ne comportent pas d'obligation d'engagement de durée concernant la part des primes investies dans des actifs à risques, les entreprises d'assurances s'engagent à expliquer au souscripteur ou à l'adhérent que ce type d'actifs ne présente un intérêt que si les sommes qui y sont investies y restent pendant une durée suffisante.

ENGAGEMENT VISANT A PREVENIR L'EXISTENCE DE CONTRATS D'ASSURANCE VIE NON RECLAMES

Cet engagement a été approuvé par l'Assemblée Générale de la FFSA le 18 décembre 2007 et adopté par la Commission exécutive du GEMA le 13 novembre 2008.

Plusieurs mesures ont été prises par les pouvoirs publics au cours des dernières années afin d'éviter que des sommes ne demeurent non réclamées en assurance vie :

- *Depuis la loi de sécurité financière de 2003, le souscripteur d'un contrat d'assurance vie dont la provision mathématique est supérieure à 2 000 euros reçoit chaque année une information relative à son contrat.*
- *La loi du 15 décembre 2005 a prévu que, lorsqu'une entreprise d'assurance est informée du décès de l'assuré, celle-ci est tenue d'aviser le bénéficiaire, si les coordonnées sont portées au contrat, de la stipulation effectuée à son profit. En outre, cette même loi est venue préciser que le contrat doit comporter une information sur les conséquences de la désignation bénéficiaire et sur les modalités de cette désignation. Le contrat doit également indiquer que la clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. Enfin, cette même loi autorise toute personne physique ou morale à écrire aux organismes représentatifs de l'assurance pour savoir si elle est bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit à son profit par une personne dont elle apporte la preuve du décès. Les assureurs ont mis en place un dispositif facilitant les démarches des bénéficiaires.*
- *La loi du 17 décembre 2007 prévoit que les entreprises d'assurances s'informent du décès de l'assuré et que via leurs organismes professionnels elles ont la faculté de consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Il est également prévu que lorsqu'une entreprise d'assurance est informée du décès de l'assuré, celle-ci est tenue de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son bénéfice. Cette loi réforme également les modalités de l'acceptation bénéficiaire et précise les conséquences de l'acceptation du bénéficiaire sur la faculté de rachat du souscripteur.*

Les assureurs souhaitant participer activement à la prévention de l'apparition de contrats d'assurance vie non réclamés ont décidé de se doter de l'engagement suivant.

1 - Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à rechercher au sein de leur portefeuille, les contrats d'assurance vie répondant cumulativement aux critères suivants :

- provision mathématique supérieure à 2 000 euros,
- assuré âgé de plus de 90 ans,
- absence de contacts avec l'assuré confirmée pendant deux ans.

Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à commencer les recherches par les assurés les plus âgés.

S'il s'avère que l'assuré est décédé, l'entreprise est, en application de l'article L. 132-8 du Code des assurances, tenue de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son bénéfice. Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à avertir le bénéficiaire dans un délai de trente jours maximum après qu'il aura été identifié et que ses coordonnées auront été trouvées.

2 - Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'assurent que les informations sur l'identité (nom, prénom, date et lieu de naissance) et les coordonnées du souscripteur ou de l'adhérent soient renseignées à la souscription.

Elles incitent régulièrement leurs souscripteurs ou adhérents à mettre à jour leurs identité et coordonnées en cas de modification.

Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA mettent en place des procédures de traitement des retours de courriers qu'elles transmettent à leurs souscripteurs ou adhérents pour NPAI ou « n'habite plus à l'adresse indiquée ».

3 - Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à ce que les informations relatives à leurs assurés soient les plus complètes possibles afin de faciliter leurs recherches.

Ainsi, elles s'assurent que les informations sur l'identité (nom, prénom, date et lieu de naissance) et notamment le nom de jeune fille soient renseignées à la souscription.

4 - En cas de clause bénéficiaire, désignant nommément un bénéficiaire autre que le conjoint ou les enfants, les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à inciter leurs souscripteurs ou adhérents à renseigner au moins les nom, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire.

5 - L'article L 132-9-2 du Code des assurances prévoit que toute personne physique ou morale peut demander par lettre à un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs, habilités à cet effet par arrêté du ministre chargé de l'économie, à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice dans une police souscrite par une personne dont elle apporte, par tout moyen, la preuve du décès. Les arrêtés ont désigné quatre organismes distincts :

- Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA),
- Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA),
- Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP),
- Fédération nationale de la mutualité française (FNMF).

Les entreprises membres de la FFSA ou du GEMA s'engagent à mettre à la disposition des bénéficiaires potentiels un dispositif centralisé permettant de faciliter leurs démarches ¹.

6) L'article L.132-9-3 du Code des assurances prévoit que les organismes professionnels mentionnés à l'article L.132-9-2 ont la faculté de consulter les données figurant au répertoire national d'identification des personnes physiques et relatives au décès des personnes qui y sont inscrites. Les entreprises d'assurance obtiennent de ces organismes professionnels communication de ces données en vue d'effectuer des traitements de données nominatives.

Les entreprises de la FFSA ou du GEMA s'engagent à mettre en place un dispositif centralisé permettant de faciliter la communication aux entreprises d'assurances des données requises.

¹ Il s'agit de la section « recherche de bénéficiaires de contrats d'assurance vie en cas de décès » de l'Association pour la Gestion des Informations sur le Risque d'Assurance (AGIRA) – 1 rue Jules Lefebvre – 75431 PARIS CEDEX 09.