



IAS

Unité 1

Les savoirs généraux

TABLE DES MATIERES

IAS - UNITE 1 - LES SAVOIRS GENERAUX

1. 1 La présentation du secteur de l'assurance	4
1. 1. 1 Données macro-économiques sur l'assurance.	4
1. 1. 2 Les rôles de l'assurance et de la réassurance.	6
1. 1. 3 Le marché européen de l'assurance.	9
1. 2 Les entreprises d'assurances	10
1. 2. 1 Les différentes formes d'entreprises.	11
1. 2. 2 L'agrément, le retrait d'agrément, le transfert de portefeuille, la liquidation.	15
1. 3 L'opération d'assurance	20
1. 3. 1 Définition.	20
1. 3. 2 Bases techniques : appréciation du risque, mutualisation, co-assurance, réassurance...	22
1. 3. 3 Mécanismes juridiques : assurance cumulative, sur-assurance, sous-assurance, règle proportionnelle...	25
1. 3. 4 Mécanismes de détermination de la prime / cotisation.	36
1. 3. 5 Les marchés publics.	42
1. 4 Les différentes catégories d'assurance	43
1. 4. 1 Assurances de personnes / assurances de biens et de responsabilité.	
1. 4. 2 Assurances individuelles / assurances collectives.	
1. 4. 3 Assurances obligatoires / assurances facultatives.	
1. 4. 4 Assurances à caractère indemnitaire / assurances à caractère forfaitaire.	
1. 4. 5 Assurances gérées en répartition / assurances gérées en capitalisation.	
1. 5 L'intermédiation en assurance	49
1. 5. 1 Le champ d'application de la réglementation.	
1. 5. 2 Les différentes catégories d'intervenants dans l'intermédiation.	

1. 5. 3 Les conditions d'accès et d'exercice de l'activité d'intermédiation.	74
1. 5. 4 La responsabilité des intermédiaires.	78
1. 5. 5 La libre prestation de services et le libre établissement.	89
1. 5. 6 Le contrôle et les sanctions.	93
1. 5. 7 Les modes de distribution réglementés.	98
 1. 6 La relation avec le client	 117
1. 6. 1 Les informations à donner au client : information précontractuelle, information contractuelle, informations à produire par l'intermédiaire.	130
1. 6. 2 Le conseil adapté, la formalisation, le suivi du client.	134
1. 6. 3 La survenance et la gestion de l'événement garanti.	138
1. 6. 4 La protection du consommateur.	139
1. 6. 5 Les modes de règlement des litiges.	144
1. 6. 6 La déontologie.	149
 1. 7 La lutte contre le blanchiment	
1. 7. 1 La vérification d'identité.	152
1. 7. 2 La déclaration de soupçon.	176
1. 7. 3 Les procédures internes.	177

Données macro-économiques sur l'assurance

- **Assurance-vie**

Fréquemment, la justice se prononce sur des affaires de contrat d'assurance-vie accepté du vivant du souscripteur et constate une absence d'aléa ou de volonté du souscripteur de se dépouiller irrévocablement.

Elles aboutissent à la requalification du contrat en donation indirecte et donc à :

- la perte du régime fiscal favorable de l'assurance-vie ;
- l'application de la règle civile du rapport à la succession.

- **Renonciation à l'usufruit**

La renonciation à l'usufruit est requalifiée en donation par l'Administration fiscale et donc assujettie aux droits de mutation à titre gratuit si elle révèle clairement l'intention libérale de l'usufruitier de consentir une libéralité au nu-propriétaire. Ce dernier doit l'avoir acceptée, expressément ou tacitement.

La seule manière d'échapper à cette taxation est de justifier le bien-fondé de la renonciation par des charges trop lourdes à supporter pour l'usufruitier.

Arrêt Questembert

Dans l'arrêt Questembert du 2 décembre 1997 de la Cour de cassation, des parents ont donné la nue-propriété de divers biens immobiliers à leurs trois enfants. Dix-huit mois plus tard, ils renoncent à leur usufruit sur ces biens, sans invoquer de trop lourdes charges, de sorte que, la pleine propriété étant ainsi reconstituée entre leurs mains, leurs enfants ont perçu des loyers sur ces biens avant que l'usufruit tel qu'il résultait de la donation antérieure fut venu à son terme. La renonciation, procédant d'une intention libérale, était un acte translatif de l'usufruit aux enfants qui, en touchant les loyers, ont manifesté leur acceptation de cette donation.

Donation d'actions

Des parents, après avoir donné la nue-propriété d'actions à leurs enfants, ont renoncé à l'usufruit des titres. Les juges ont requalifié l'opération en donation car les donataires s'étaient comportés comme les titulaires de la pleine propriété lors des assemblées générales, manifestant ainsi leur acceptation.

Remariage

La renonciation du conjoint survivant au profit de ses beaux-enfants, issus d'un premier mariage du défunt, pourrait être requalifiée en donation.

• Vente

La vente à un membre de sa famille avec réserve d'usufruit est souvent requalifiée en donation :

- indirecte s'il n'y a pas de contrepartie sérieuse,
- déguisée si le prix n'est pas payé.

A titre d'illustration, la Cour de cassation s'est prononcée sur une vente consentie par une tante à son neveu moyennant un prix intégralement converti en rente viagère. La vendeuse étant décédée deux mois plus tard, la vente a été requalifiée en donation indirecte.

Le fait de se réserver un droit d'usage et d'habitation, et non l'usufruit, est moins dangereux.

En cas d'achat conjoint (entre des concubins, par exemple), il est prudent de faire figurer dans l'acte la participation réelle de chacun et non un « 50-50 » fictif.

Les rôles de l'assurance et de la réassurance

- **Quels sont les grands principes de la réassurance ?**

La réassurance pourrait se définir de façon simpliste comme « l'assurance des assureurs ». En réalité, il s'agit d'un contrat par lequel une société spécialisée (le réassureur ou le cessionnaire) prend en charge une partie des risques souscrits par un assureur (la cédante) auprès de ses assurés.

Par cette opération, le réassureur s'engage à rembourser à l'assureur en cas de réalisation du risque, une partie des sommes versées au titre des sinistres et perçoit en contrepartie une portion des primes originales versées par le ou les assurés.

Le réassureur ne traite en principe qu'avec des assureurs, c'est pour cette raison que cette activité est souvent méconnue du grand public.

- **Pourquoi les assureurs se réassurent-ils ?**

De même qu'un assuré doit protéger son patrimoine (maison, automobile....) et ses proches contre toutes sortes d'aléas, une compagnie d'assurance doit également mesurer et limiter l'exposition de ses fonds propres afin de protéger sa marge de solvabilité.

Ainsi, elle doit chaque année estimer les risques auxquels elle s'expose, selon quelle fréquence et quelle probabilité. Une fois ce travail préalable effectué, elle peut alors mieux évaluer ses besoins de protection en réassurance.

L'achat de réassurance permet notamment, via le transfert de certains risques :

- de rendre plus homogènes les différentes communautés de risques souscrits
- de protéger contre les écarts de résultats dans l'espace et dans le temps ;
- de limiter les besoins en capitaux propres.

- **Comment s'organise la réassurance ?**

La réassurance est une activité internationale. Pour pouvoir jouer leur rôle de régulateur de grandes catastrophes mondiales, les réassureurs doivent répartir leurs expositions à l'échelle planétaire. En réassurant la plupart des assureurs mondiaux, les réassureurs sont en mesure de mutualiser et d'équilibrer leurs risques sur l'ensemble de la planète. On estime à une centaine le nombre de réassureurs opérant dans le monde, pour un chiffre d'affaires d'environ 265 Mds € vie et non-vie cumulés. Ce sont généralement des courtiers spécialisés en réassurance qui facilitent les échanges internationaux entre assureurs et réassureurs. Avant de partager les risques, l'assureur doit vérifier que son réassureur est bien en mesure de régler sa part de sinistres lorsque ces derniers surviennent. Pour accompagner les assureurs dans cette tâche, des agences de notation se sont spécialisées dans le contrôle de la solvabilité des réassureurs. Les plus connues de ces sociétés privées sont S&P Global, AM Best ou encore Moody's. Enfin, comme pour l'assurance, exercer des activités de réassurance suppose d'obtenir une autorisation basée sur des agréments spécifiques délivrés par les autorités de contrôle locale. En France, c'est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel & de Résolution) qui se charge de cette mission dans le cadre des règles prudentielles du régime européen « Solvabilité II ».

- **Comment fonctionne la réassurance ?**

Il existe deux principaux modes de réassurance :

- **La réassurance « traitée » ou « obligatoire »**

Il s'agit alors de réassurer une communauté de risques (par exemple l'ensemble d'un portefeuille de polices automobile) plutôt qu'un seul risque.

Dans ce cas, le traité de réassurance se négocie en amont (généralement pour le 1er janvier de chaque année) et présente un caractère obligatoire c'est-à-dire une obligation de céder tous les risques du portefeuille concerné pour l'assureur et une obligation de les accepter pour le réassureur.

– La réassurance facultative »

Il s'agit dans ce cas de réassurer individuellement un risque spécifique (par exemple une usine).

La réassurance « facultative » a ceci de particulier (comme d'ailleurs son nom l'indique) de laisser le choix à l'assureur de céder ou non de la réassurance et au réassureur d'accepter ou non ladite réassurance (absence d'accord préalable).

Le marché européen de l'assurance

- **Les chiffres clés**

Insurance Europe, la Fédération européenne de l'assurance et de la réassurance, a publié son étude annuelle sur les chiffres clés 2019 du marché de l'assurance européenne.

En 2019, le montant global des cotisations d'assurances en Europe s'élève à 1 254 milliards d'euros :

- assurance vie : 700 milliards d'euros
- assurance non vie : 409 milliards d'euros
- assurance santé : 149 milliards d'euros.

Les assureurs européens ont versé 997 milliards d'euros à leurs assurés en 2019 :

- 630 milliards au titre de l'assurance vie (contrats d'assurance en cas de vie, décès, etc.)
- 249 milliards pour l'assurance non vie (principalement pour les contrats d'assurance auto et habitation)
- 119 milliards pour l'assurance santé.

Le secteur de l'assurance est le principal investisseur institutionnel de l'Union européenne. Les assureurs européens ont ainsi investi plus de 10 400 milliards d'euros en 2019 dans l'économie, soit l'équivalent de 59 % du PIB de l'UE.

Enfin, en 2019 les 3 906 sociétés d'assurances opérant en Europe emploient directement 945 000 personnes.

Les entreprises d'assurances

- **Qu'est-ce qu'une entreprise d'assurances ?**

Une entreprise d'assurances se caractérise par le fait qu'elle est régie par le Code des Assurances. Cette particularité constitue le critère formel permettant de les identifier et de les définir.

Une entreprise d'assurance doit être bien distinguée d'une mutuelle et d'une caisse de Sécurité Sociale ou bien encore d'une institution de prévoyance. En effet, les mutuelles sont régies par le Code de la Mutualité, tandis que les caisses de la Sécurité Sociale et les institutions de prévoyance sont régies par le Code de la Sécurité Sociale.

Les différentes formes d'entreprises

- **Quelles sont les deux formes d'entreprises d'assurance ?**

Toutes les entreprises d'assurances sont régies par le Code des Assurances. De manière générale, elles sont autorisées à vendre aussi bien des assurances de biens et de responsabilité que des assurances de personnes.

Les entreprises commercialisant à la fois des assurances Non-Vie et des assurances Vie, sont tenues de dissocier et confier l'Assurance Vie à une société distincte (sauf pour les sociétés mutuelles d'assurances (SMA) auxquelles la réglementation interdit la pratique de l'activité « Vie »).

Cependant, bien que toutes deux régies par le Code des Assurances, les entreprises d'assurances ne sont pas homogènes dans leur forme, car la législation française en distingue deux grands types, qui ont des règles de fonctionnement bien différentes :

- Les sociétés anonymes d'assurances
- Les sociétés d'assurances mutuelles (SAM) ou bien les sociétés mutuelles d'assurances (SMA)

- **Qu'est-ce qu'une société anonyme d'assurances ?**

Une société anonyme d'assurance se caractérise par le fait qu'il s'agit d'une société commerciale ayant pour vocation de réaliser des bénéfices et de les distribuer à ses actionnaires. Elle est donc constituée d'un capital social (dont un montant minimum est établi, à titre de garanties financières) et peut se financer en procédant par voie d'augmentation de capital ou d'appel public à l'épargne.

D'autre part, les produits d'assurances qu'elle commercialise peuvent être distribués par des intermédiaires (agents généraux et courtiers) rémunérés à la commission.

Les sociétés anonymes d'assurance sont en outre autorisées à

opérer dans toutes les branches de l'assurance énumérées à l'article R 321-1 du Code des Assurances. Ainsi, et de fait, elles proposent généralement une très large gamme de produits d'assurance, visant à couvrir tous ou presque tous les types de risques. Ces sociétés commerciales offrent donc généralement et le plus souvent, des prestations visant à assurer les biens, les responsabilités et les personnes (et même si, comme nous l'avons mentionné plus haut, l'assurance vie doit faire l'objet d'une gestion séparée au sein d'une société distincte de celle proposant des assurances non-vie, cet impératif légal se justifiant par le fait que le mode de gestion des primes est totalement différent en « Assurance-Vie » et en « Assurance Non-Vie »).

Contrairement aux mutuelles, les sociétés anonymes d'assurance gèrent le risque et les tarifs en les personnalisant. En effet, ces assureurs tiendront très souvent compte d'un ensemble de paramètres personnels (relevés au travers de réponses à un questionnaire soumis par l'assureur au candidat à la souscription à un contrat d'assurance) avant d'établir leur tarification et d'évaluer le montant de la prime demandée à l'assuré.

Enfin, les dirigeants des sociétés d'assurance sont désignés par les actionnaires et rémunérés pour l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

- **Qu'est-ce qu'une société d'assurances mutuelles (SAM) et une société mutuelle d'assurances (SMA) ?**

Les sociétés d'assurances mutuelles (SAM) et les sociétés mutuelles d'assurances (SMA) sont des sociétés elles aussi régies par le Code des Assurances et donc, en tant que telles, soumises elles aussi aux règles prudentielles énoncées dans ce code.

Ne disposant pas, à la différence des sociétés anonymes, de capital social, les SAM et les SMA disposent d'un fonds d'établissement, ce qui signifie qu'elles n'ont pas d'actionnaires à rémunérer. Ces établissements sont donc des sociétés à but non lucratif.

En outre, leurs assurés ont la qualité de sociétaires, ce qui fait que les membres d'une mutuelle d'assurance ont à la fois le statut d'assureur et d'assuré. En leur qualité d'assureurs, les membres

d'une SAM ou d'une SMA sont invités, selon l'organisation de la mutuelle, à assister aux Assemblées générales ou bien à se faire représenter par les délégués qu'ils ont élus, afin de participer aux décisions de gestion de l'entreprise.

Enfin, les sociétés d'assurances mutuelles (SAM) et les sociétés mutuelles d'assurances (SMA) sont gérées par des administrateurs bénévoles (non rémunérés), élus soit directement par les sociétaires, soit par des délégués eux-mêmes élus par les sociétaires.

- **Sociétés mutuelles d'assurances (SMA)**

Les sociétés mutuelles d'assurances (SMA) se caractérisent par le fait qu'elles ne peuvent se constituer qu'en rassemblant un minimum de 300 adhérents et que leur objet est exclusivement professionnel ou régional. Leur système de tarification des assurances est à cotisations variables, ce qui signifie qu'elles peuvent procéder, au terme d'une année d'exercice, à des distributions d'excédents de cotisations ou bien, au contraire, à des rappels de cotisation.

D'autre part, à la différence des sociétés anonymes, elles ont l'interdiction légale de proposer des produits d'assurance vie, et ne peuvent avoir recours à des intermédiaires pour distribuer leurs contrats d'assurance : c'est pour cette raison qu'on les appelle souvent également des Mutuelles Sans Intermédiaires (MSI).

Les Sociétés mutuelles d'assurances (SMA) sont fédérées au sein du GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles D'assurance).

- **Qu'est-ce qu'une Mutuelle ?**

Les premières organisations mutualistes sont apparues en France dès le haut Moyen Age sous forme de sociétés de secours mutuels. De nos jours, la mutuelle est régie par une loi spécifique, le Code de la Mutualité, ce qui lui vaut l'appellation de « mutuelle », mot dont l'usage est strictement réglementé par la loi. Votre mutuelle est une société de personnes et non de capitaux ; elle est à but non lucratif,

elle ne fait pas de profit sur la santé et n'a pas d'actionnaires à rémunérer. Elle se différencie en cela d'une compagnie d'assurances, qui, elle, a un caractère commercial et verse, chaque année, un dividende à ses actionnaires. L'égalité de traitement pour tous et l'absence de sélection sont les règles de votre mutuelle en matière de protection sociale complémentaire. Elle favorise ainsi à tous l'accès à des soins de qualité.

Le fonctionnement de la Mutualité repose sur des valeurs de :

- **Solidarité** : c'est l'une des valeurs fondamentales et originelles du mouvement mutualiste. Considérant que la santé des individus n'est pas un commerce, le mouvement mutualiste refuse les discriminations financières, la sélection des risques et assure une égalité de traitement à tous ses adhérents.
- **Liberté** : les mutuelles sont des sociétés de personnes libres d'adhérer et d'agir ensemble. Elles sont indépendantes de tout pouvoir politique, financier, syndical et philosophique.
- **Démocratie** : les responsables des mutuelles sont élus parmi les adhérents au suffrage universel, selon la base du fonctionnement démocratique : « un homme, une voix ».
- **Responsabilité** : le mouvement mutualiste est en recherche permanente d'une responsabilisation des individus comme acteurs de leur santé, de transparence et de rigueur dans le fonctionnement de ses institutions.

L'agrément, le retrait d'agrément, le transfert de portefeuille, la liquidation

- **Règles prudentielles et contrôle des entreprises d'assurances**

Les entreprises d'assurances, qu'il s'agisse des sociétés anonymes ou des sociétés à forme mutuelle, sont soumises à des règles prudentielles strictes. Ces règles visent à préserver les intérêts des assurés en leur garantissant que les organismes auprès desquels ils sont assurés disposent de fonds suffisants pour pouvoir les indemniser en cas de sinistres et, par conséquent, pour être en mesure de respecter leurs engagements.

Les règles prudentielles portent essentiellement sur le capital social, sur la marge de solvabilité, sur les provisions techniques et sur les placements réglementés.

D'autre part, afin de s'assurer que ces règles prudentielles sont bien respectées par les entreprises d'assurances, ces dernières, devant se voir délivrer un agrément pour pouvoir exercer, sont soumises à la surveillance d'autorités de contrôle, dont la principale est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), autrefois dénommée ACAM (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles).

- **Les règles prudentielles imposées par la législation**

La législation, et notamment le plan européen Solvabilité II, a imposé aux entreprises d'assurances une MCR (Minimum Capital Requirement) ou une « exigence minimale en capital ». Il leur est désormais indispensable de présenter un montant de capital supérieur à un niveau de capital en dessous duquel les opérations d'une entreprise d'assurance présentent un risque inacceptable pour les assurés.

Le MCR est calculé a priori par une formule standard.

- **Marge de solvabilité et fonds de garantie**

Pour s'assurer que les entreprises d'assurances seront en mesure d'indemniser les sinistrés, la législation a pourvu à imposer des normes en terme de garanties financières. Ces normes portent notamment sur la marge de solvabilité et le fonds de garantie. La solvabilité est la capacité, pour une entreprise, de répondre à ses échéances financières et d'assurer l'avenir à relativement long terme, en respectant ses engagements et sans se trouver en défaut de paiement. Pour les entreprises d'assurances, la solvabilité est le fait de pouvoir être en mesure d'assurer les coûts auxquels elles se voient confrontées, et notamment d'indemniser les assurés victimes de sinistres. En partant de la définition précédente, la marge de solvabilité est un ratio permettant de vérifier la solvabilité des entreprises d'assurances. Il se calcule en divisant les fonds propres ainsi que les plus-values latentes, par les provisions techniques ou mathématiques de l'assureur. Un fonds de garantie est une réserve de fonds constituée par prélèvements au compte courant d'une société d'assurance. En ce qui concerne la marge de solvabilité, le Code des Assurances stipule que « pour les entreprises visées au 1° de l'article L. 310-2 (c'est-à-dire les sociétés anonymes, les sociétés à forme mutuelle, les sociétés mutuelles, les unions de mutuelles ou les tontines), l'exigence minimale de marge de solvabilité est déterminée, soit par rapport au montant annuel des primes ou cotisations, soit par rapport à la charge moyenne annuelle des sinistres » (article R334-5 du Code des Assurances). La législation impose d'autre part aux sociétés d'assurances un fonds de garantie minimum, et ce, indépendamment du chiffre d'affaire de l'entreprise. Ce fonds de garantie minimum doit être d'au moins 3 millions d'euros environ, pour les risques voyageurs, la RC et le crédit-caution, et d'au moins 2 millions d'euros environ, pour les autres risques non-vie. D'autre part, une fois ce montant minimum respecté, le fonds de garantie doit être supérieur ou égal à 1/3 du montant réglementaire de la marge de solvabilité.

- **Les règles en matière de placements financiers**

Pour tenir ses engagements vis-à-vis des assurés, une société d'assurance est astreinte à justifier de fonds propres lui assurant une marge de solvabilité, à constituer des provisions techniques (= montant de la dette à prévoir vis-à-vis des assurés) et à représenter celles-ci par des placements financiers appropriés.

En ce qui concerne les placements, les sociétés d'assurances ont 4 règles à respecter, à savoir les règles de :

- **Répartition** : il s'agit de respecter certains pourcentages, dans la division des placements admis pour la représentation des provisions techniques, entre actions, obligations et investissements immobiliers. Une totale liberté est cependant laissée aux entreprises d'assurances en ce qui concerne les actifs libres (= les actifs non admis pour la représentation des provisions techniques).
- **Dispersion** : au sein d'une ligne d'actifs donnée, l'assureur ne peut détenir plus de certains pourcentages d'une société cotée en bourse, d'une ligne d'emprunt obligatoire, etc.
- **Congruence** : la monnaie de placement doit correspondre à la monnaie d'engagement (pour éviter à l'assuré le risque de change).
- **Localisation** : il s'agit d'une règle politique imposant que les placements en actifs soient localisés en France ou, dans certains cas (comptes de dépôt), dans l'Espace Economique Européen., c'est-à-dire dans les pays membre de la communauté européenne.

- **Contrôle des entreprises d'assurances**

Les compagnies d'assurances sont contrôlées aujourd'hui par l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP), laquelle a englobé, au début de l'année 2010, l'ACAM (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles), ancien organisme de contrôle des entreprises et des mutuelles d'assurances.

L'ACP rappelle les principes qu'une société d'assurance doit respecter pour fonctionner correctement, vise à leur application et, en cas de non-respect de ces principes, intervient pour prendre des mesures de sauvegarde.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel doit notamment veiller au respect du calcul des provisions, au respect des règles de placement et au bon emploi général de la réglementation. Chaque entreprise d'assurance est dotée d'un Commissaire contrôleur responsable de cette mission.

Quant à l'agrément des entreprises d'assurances, il est délivré, aujourd'hui encore, par le CEA (Comité des entreprises d'assurance).

- **Règles de bon fonctionnement d'une entreprise d'assurance édictées par les autorités de contrôle**

Pour bien fonctionner, l'entreprise d'assurance doit :

- avoir des dirigeants compétents et honorables,
- avoir une bonne organisation administrative et comptable, et disposer de procédures de contrôle internes,
- constituer des provisions techniques suffisantes relatives à l'ensemble de son activité, et dont le montant est déterminé par la directive comptable,
- représenter ces provisions techniques par des actifs congruents (tandis qu'il n'y a aucune règle sur les actifs libres),
- disposer de la marge de solvabilité minimum, dont les directives fixent les méthodes de calcul.

- **Mesures de sauvegarde**

En cas de non-respect des règles prudentielles mises en place par la législation, les autorités de contrôle ont mis en place plusieurs mesures de sauvegarde.

Ainsi, si une société d'assurances ne couvre plus ses engagements, les autorités de contrôle compétentes peuvent lui interdire la libre disposition de ses actifs.

Si elle ne dispose plus du minimum de marge de solvabilité, elle doit proposer aux autorités de contrôle un plan de redressement qui doit être soumis à leur approbation. Dans ce cas, les autorités de contrôle peuvent également se réserver le droit de restreindre ou

d'interdire à la société d'assurances la libre disposition de ses actifs. Si les fonds propres sont inférieurs aux fonds de garantie minima, la société d'assurances doit proposer aux autorités de contrôle un plan de redressement qui doit être soumis à leur approbation et, comme dans le cas précédent, peut se voir restreindre ou interdire la libre disposition de ses actifs par les autorités de contrôle.

Définition

- **Définition de l'opération d'assurance**

Ni le Code civil, ni le Code des assurances ne définissent l'opération d'assurance ou le contrat d'assurance. L'assurance est généralement définie comme l'opération par laquelle un assureur s'engage à exécuter une prestation au profit d'une autre personne en cas de réalisation d'un événement aléatoire, le risque, en contrepartie de la perception d'une somme d'argent, la prime. Risque, prime et prestation de l'assureur sont effectivement les éléments fondamentaux du contrat d'assurance.

- **Des opérations qualifiées d'opérations d'assurance réalisées par des personnes n'ayant pas la qualité d'assureur**

Certaines opérations réalisées par des personnes qui n'ont pas la qualité d'entreprise d'assurance peuvent être soupçonnées de constituer des contrats d'assurance. C'est ainsi que si un opérateur, indépendant du vendeur, délivre une garantie en cas de panne mécanique d'un véhicule, un doute peut s'élever sur la qualification exacte du contrat.

« Les articles 2 et 13, B, sous a) de la sixième directive du Conseil du 17 mai 1977 (77/388 CEE) doivent-ils être interprétés en ce sens que la prestation consistant, pour un opérateur économique indépendant du revendeur de véhicules d'occasion, et moyennant le versement d'une somme forfaitaire, à garantir la panne mécanique susceptible d'affecter certaines pièces du véhicule d'occasion entre dans la catégorie des opérations d'assurance exonérées de taxe sur la valeur ajoutée ou, au contraire, entre dans la catégorie des prestations de service ? ».

La CJUE a répondu qu'il s'agit d'une opération d'assurance dans laquelle, en l'occurrence, l'assureur est un opérateur économique indépendant du revendeur du véhicule d'occasion et l'assuré est l'acheteur de ce véhicule. Le risque consiste en la nécessité pour

l'acheteur du véhicule d'occasion de payer les réparations en cas de survenance d'une panne mécanique relevant de la garantie, dont l'assureur s'engage à couvrir le coût. Et la prime est constituée par la somme forfaitaire payée par l'acheteur du véhicule d'occasion, que ce soit dans le prix d'achat de ce véhicule ou en supplément. La Cour de cassation a fait application de ces critères pour établir que l'extension de garantie consentie par un tiers est une opération d'assurance taxable à 18 %.

Bases techniques : appréciation du risque, mutualisation, co-assurance, réassurance

- **Qu'est-ce que le risque ?**

Le risque peut être défini comme un événement aléatoire dont la réalisation ne dépend pas exclusivement de la volonté de l'assuré. Il constitue l'objet même du contrat d'assurance, dans la mesure où l'opération réalisée par celui-ci est caractérisée par la garantie du risque, beaucoup plus que par la prime ou par l'indemnité d'assurance.

En réalité, la pratique désigne par le vocable « risque » diverses notions : la nature de l'événement aléatoire, le siège de cet événement, et les conséquences de celui-ci. Le risque peut donc être décrit au moyen de plusieurs éléments.

- **Quels sont les éléments du risque ?**

Si l'existence d'un événement dont la réalisation est incertaine est l'élément fondamental de l'assurance, encore les parties doivent-elles parvenir à définir celui qui sera au centre de leur contrat. Or, cette définition est particulièrement difficile à établir. La raison de cette difficulté tient très simplement au fait que l'on n'assure jamais un risque sans le délimiter.

En d'autres termes, à l'instant de la souscription du contrat, il faut décrire un événement futur en tentant d'imaginer divers éléments :

- **la nature de l'événement** : explosion, cyclone, accident, maladie, responsabilité civile, vol, etc. ; **et ses caractères propres** : explosion consécutive à un incendie, tempête d'une certaine violence, accident de chasse ou de sport, maladie impliquant un traitement donné ou une hospitalisation, responsabilité contractuelle à l'occasion de tel chantier, vol commis de nuit... ;
- **le siège du risque** : s'il se réalise, l'événement peut atteindre soit le patrimoine d'une personne déterminée ou déterminable et, plus précisément, l'élément d'actif (assurances de choses) ou de passif patrimonial (assurances de responsabilité), soit la personne dont on considère l'intégrité physique ou la durée de vie ;

— **les conséquences de la réalisation de l'événement aléatoire sur le patrimoine ou la personne, siège du risque** : perte totale ou partielle du bien, dommages matériels ou immatériels, incapacité, décès...

La pratique retenue est plus ou moins complexe et fait appel à un plus ou moins grand nombre d'éléments afin de définir le risque contre lequel l'assuré cherche une garantie d'assurance. Celle-ci peut être fort large, couvrant par exemple toutes les conséquences (incapacité, invalidité, décès, chômage...) de toute maladie et de tout accident atteignant une personne, ou, à l'inverse, plus étroite car précisant qu'il s'agit de la dette de responsabilité, pour les seuls dommages matériels, de l'assuré envers tel cocontractant à l'occasion d'une opération industrielle nettement identifiée et devant se dérouler dans une période déterminée.

La pratique montre que cette œuvre d'imagination n'est jamais parfaite pour deux raisons essentielles : d'une part, la complexité de la prévision des faits eux-mêmes et, d'autre part, l'insécurité juridique qui résulte à la fois de l'évolution souvent très rapide de la législation (assurance, responsabilité civile, etc.) et des fluctuations de la jurisprudence (qualification des clauses de définition du risque, nature des responsabilités civiles, évaluation des dommages, etc. ; v. Insécurité juridique et Assurance, Colloque AIDA, 1996, RGDA 1998, p. 411).

- **Qu'est-ce qu'un événement unique ou risque composite ?**

On peut parler de risque constitué d'un événement unique quand l'événement incertain prévu par le contrat d'assurance peut se réaliser par la survenance d'un seul fait : un vol, un incendie, un décès.

En revanche, il y a risque composite quand plusieurs événements, plusieurs faits, doivent être réunis pour qu'il se réalise :

- **en assurance de responsabilité civile**, un fait, puis un dommage et une réclamation ;
- **en assurance-crédit**, le non-paiement et l'écoulement d'un délai de carence ;
- **en assurance des catastrophes naturelles** (garantie obligatoire), l'événement naturel et le dommage qui en est la

conséquence ;

— **en assurance dite accident-maladie ou incapacité-invalidité-décès**, l'accident ou la maladie suivis de l'incapacité, de l'invalidité, du décès... Toutefois, la Cour de cassation paraît écarter la notion de risque composite en ce domaine. En présence d'un contrat d'assurance contre le risque d'accident, celui-ci s'étant produit avant la résiliation, mais l'invalidité après, elle a rejeté la demande de garantie formulée par l'assuré au motif que le risque garanti par le contrat était, non l'accident corporel et ses conséquences, mais l'invalidité permanente reconnue par la Sécurité sociale. Tout aussi récemment, la Cour de cassation a cependant considéré que la survenance de l'invalidité constitue une condition de la garantie. Et l'incertitude s'est accrue depuis que sur le fondement de l'article 7 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989 (JO 2 janv. 1990), elle a décidé que le contrat qui doit prendre en charge les prestations d'incapacité ou d'invalidité est celui qui est en cours au moment de la maladie ou l'accident ;

— **en assurance dite loyers impayés** (assurance de choses), une clause courante stipule que la résiliation du contrat entraîne la cessation des indemnités dues à l'assuré au titre des loyers, mais que l'assureur continue à prendre en charge les frais de procédure en cours à cet instant. La Cour de cassation a décidé que l'obligation faite aux assurés de payer les primes avait pour contrepartie l'obligation faite à l'assureur d'indemniser les assurés des pertes locatives subies antérieurement à la résiliation du contrat. Elle a donc cassé l'arrêt qui avait transposé la jurisprudence de 1990 relative à l'assurance de responsabilité et affirmé que pour les sinistres déjà réalisés et déclarés, la clause aboutissait à priver l'assuré du bénéfice de l'assurance en raison d'une résiliation et à créer un avantage illicite, comme dépourvu de cause, au profit du seul assureur ayant perçu sans contrepartie les primes.

Cette notion de risque composite est au centre de divers problèmes particulièrement délicats : appréciation de l'aléa, période d'application de la garantie, constitution et déclaration du sinistre, etc.

Mécanismes juridiques : assurance cumulative, sur-assurance, sous-assurance, règle proportionnelle

- **Qu'est-ce que le principe indemnitaire ?**

Le contrat d'assurance a pour objet de garantir à l'assuré, en cas de réalisation du risque couvert, la compensation économique du dommage éprouvé. En toute hypothèse, le principe indemnitaire interdit à l'assureur de servir une prestation qui dépasserait le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre. Le bénéficiaire de l'assurance ne saurait être replacé dans une situation meilleure que celle qui aurait été la sienne si le sinistre ne s'était pas produit. Le texte est d'ordre public. Autrement dit, la valeur assurée ne peut en aucun cas être supérieure à la valeur assurable. Aucune clause de la police ne peut y faire obstacle. Une solution inverse inciterait l'assuré à l'imprudence, voire le conduirait à provoquer le dommage. L'article L. 121-1 C. assur. prohibe l'assurance-risque et la spéculation. Au vrai, la pratique des franchises et des plafonds atteste que l'assureur accepte rarement de couvrir la valeur totale du préjudice souffert. Quant à l'assuré, qui est libre – sauf cas d'assurance obligatoire – de souscrire un contrat d'assurance, il est en droit de ne faire garantir par l'assureur qu'un capital inférieur au montant du dommage susceptible de le frapper. Il est alors en situation dite de sous-assurance (terme issu de la pratique).

- **Qu'est-ce qu'un excès d'assurance ?**

Si la valeur assurée se révélait supérieure à la valeur assurable, l'assurance serait dite excessive. Dans le langage courant des assurances, on parle de surassurance (terme générique). L'excès d'assurance peut résulter de la souscription d'un unique contrat pour une somme supérieure à la valeur du sinistre possible. C'est ce que l'on appelle, la surassurance simple (v. article « Assurance de dommages : la surassurance simple). Il peut également être provoqué par la souscription au profit d'un même assuré de

plusieurs contrats garantissant le même risque. C'est ce que l'on appelle les assurances cumulatives.

- **Qu'est-ce que le cumul d'assurances ?**

Il y a cumul d'assurances, au sens de l'article L. 121-4, al. 1er, C. assur., dès lors qu'une personne est assurée « auprès de plusieurs assureurs, par plusieurs polices, pour un même intérêt et contre un même risque ».

Un pareil cumul résulte, dans la plupart des cas (sauf le cas de figure de l'assuré qui souscrit une assurance pour le même objet auprès de plusieurs assureurs qui garantissent chacun une fraction de la valeur dudit objet) d'un excès d'assurance susceptible de porter atteinte au principe indemnitaire pour peu que le souscripteur entende tirer profit simultanément de l'ensemble des contrats conclus. Obtenant plusieurs indemnisations à l'occasion de la survenance d'un dommage unique, l'intéressé serait injustement enrichi.

- **Quels sont ces critères du cumul d'assurances**

Pluralité de polices et d'assureurs.

L'article L. 121-4 C. assur. pose la condition d'une multiplicité de polices. On ne saurait parler de cumul sans que plusieurs assurances n'aient été souscrites. La loi conditionne également la nullité de la garantie à la multiplicité des assureurs. Pour cause : si les polices, dont les garanties se recoupent, sont stipulées auprès d'un seul assureur, le risque de cumul est des plus hypothétiques. Avisé de l'ensemble des garanties souscrites, l'assureur refusera de les faire jouer au-delà du montant des dommages effectivement soufferts par l'assuré. La situation est comparable à celle qui résulte d'une assurance simple. En l'occurrence, c'est bien plutôt l'article L. 121-3 C. assur. qui doit recevoir application (régime de la surassurance).

Excès d'assurance.

L'article L. 121-4 C. assur. n'envisage pas expressément l'excès d'assurance au nombre des critères de l'assurance cumulative. Pourtant, il va sans dire que le régime du cumul est subordonné à cette condition. La somme des indemnités que chacun des assureurs est susceptible de verser doit excéder le montant du dommage possible. Pour mémoire, la réglementation du cumul entend empêcher la violation du principe indemnitaire (v. supra). L'excès d'assurance permet de distinguer les assurances cumulatives d'autres formes d'assurances multiples. Ainsi, lorsque plusieurs assureurs couvrent ensemble un même risque, ce que l'on appelle la coassurance, chacun garantit une fraction déterminée du sinistre. Intégralement indemnisé, mais sans enrichissement indu ; le principe indemnitaire est sauf. Il en va de même en cas d'assurances dites par lignes, dans lesquelles chacun des assureurs prend en charge un même risque mais ne couvre qu'une tranche déterminée du dommage. Le premier assureur couvre la 1ère tranche du sinistre jusqu'à un certain montant, et le second n'intervient qu'à la condition que le coût du sinistre dépasse le plafond fixé par le 1er contrat.

- **Qu'est-ce que la simultanéité des garanties ?**

L'excès d'assurances suppose nécessairement l'existence d'un cumul d'assurances. Si l'un des contrats est suspendu (C. assur., art. L. 113-3, al. 2) ou résilié (C. assur., art. L. 113-3, al. 3), le risque d'enrichissement de l'assuré est forcément exclu. Il ne saurait y avoir d'atteinte portée au principe indemnitaire.

- **Identité de risque**

Le cumul d'assurances suppose que les différentes assurances en présence aient pour objet la couverture d'un même risque. C'est l'exemple du chef de famille qui souscrit auprès de plusieurs assureurs, par des contrats distincts, une garantie responsabilité

civile pour les dommages causés par ses enfants dans le cadre d'activités de loisirs (v. C. assur., art. L. 121-2). Bien souvent, ce risque est garanti par au moins trois contrats souscrits auprès d'assureurs différents : assurance multirisques habitation ou vie privée, assurance scolaire et extrascolaire, assurance de l'activité sportive ou de loisirs concernée. C'est encore l'exemple de l'assurance de responsabilité civile individuelle souscrite par un chasseur et l'assurance de responsabilité civile souscrite par une société de chasse au profit de ses membres.

À noter qu'en l'absence d'identité de risque, les assurances ne sont pas cumulatives, mais alternatives.

- **Identité d'intérêt**

L'identité d'intérêt est une condition expresse d'existence du cumul d'assurances. Dispose d'un tel intérêt, la personne dont le patrimoine est susceptible d'être atteint par la réalisation du risque garanti et qui est susceptible de recueillir l'indemnité due par l'assureur en cas de sinistre.

- **Identité de souscripteur**

L'identité de souscripteur est une condition distincte et autonome de l'identité d'intérêt. Dans sa rédaction antérieure à la loi du 13 juillet 1982, l'article L. 121-4 C. assur. visait « celui qui s'assure », non pas celui qui est assuré. En droit québécois, l'article 2496 C.civ. dispose que « celui qui, sans fraude, est assuré auprès de plusieurs assureurs, par plusieurs polices, pour un même intérêt et contre un même risque, de telle sorte que le calcul des indemnités qui résulterait de leur exécution indépendante dépasse le montant du préjudice subi, peut se faire indemniser par le ou les assureurs de son choix n'étant tenu que pour le montant auquel il s'est engagé ». Interprété à la lettre, le texte faisait de l'identité du souscripteur une condition d'existence du cumul. La jurisprudence retenait cependant le cumul d'une assurance pour compte et d'une assurance de chose prises contre un même risque et dans l'intérêt d'un unique

assuré par deux souscripteurs différents. L'exemple type est celui du transporteur de marchandises qui souscrit, en sus de sa propre assurance de responsabilité, une assurance de biens pour le compte du propriétaire de marchandises, lequel a bien souvent souscrit une assurance pour garantir la perte éventuelle de ses marchandises. Dans sa rédaction actuelle, l'article précité mentionne « celui qui est assuré auprès de plusieurs assureurs ». Par ce changement de formulation, le législateur entendait viser les assurances pour compte et prendre acte de la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien texte. Pourtant, la Cour de cassation affirme depuis lors que les dispositions de l'article L. 121-4 c.assur. ne sont applicables que si un même souscripteur a souscrit auprès de plusieurs assureurs des contrats d'assurance pour un même intérêt et contre un même risque. Exit toute possibilité de cumul entre assurance pour compte et assurance de chose. De ce point de vue, on peut légitimement regretter le risque d'enrichissement du propriétaire encouru, du reste, en raison d'une interprétation extra legem de l'article L. 121-4 C. assur. (« celui qui est assuré auprès de plusieurs assureurs (...) »).

- **Le régime du cumul d'assurances**

Obligation de déclaration.

L'article L. 121-4, al. 1er, c.assur. oblige l'assuré en situation de cumul d'assurances à « donner immédiatement à chaque assureur connaissance des autres assureurs ». L'assuré doit donc déclarer ses assurances cumulatives multiples, et ce dès la souscription du second contrat, qui fait naître le cumul ou bien dès que le tiers assuré aura pris connaissance de l'existence d'une deuxième assurance souscrite à son profit. Une pareille déclaration a pour objet de prévenir toute atteinte au principe indemnitaire. À certains égards, il va de l'intérêt de l'assuré qui se dispensera du paiement d'une prime excessive (faculté de demander au surplus une réduction proportionnelle des assurances). La loi et les tribunaux n'imposent aucune forme particulière. L'article L. 121-4, al. 2, C.assur. se contente, dans une formule lapidaire, d'exiger que l'assuré, lors de cette communication, fasse connaître le nom de

l'assureur avec lequel une autre assurance a été contractée et qu'il indique la somme assurée. Pour des raisons évidentes de preuve, ladite communication doit être adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

En pratique, l'efficacité de cette obligation de déclaration est douteuse : l'omission est fréquente. Tantôt, les assurés ignorent être bénéficiaires d'assurances cumulatives, tantôt les assurés ignorent l'existence de cette obligation. Du reste, l'omission n'est pas sanctionnée. L'assuré n'est pas constitué en faute ; la loi n'édicte à son encontre aucune présomption de mauvaise foi. Mais, en toutes hypothèses, les assurances cumulatives frauduleuses seront sanctionnées.

- **Assurances cumulatives frauduleuses**

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, la nullité est encourue (c.assur., art. L. 121-4, al. 3). En outre, des dommages et intérêts peuvent être réclamés (c.assur., art. L. 121-3, al. 1, in fine). La fraude consiste pour l'assuré à souscrire plusieurs contrats d'assurance avec l'intention, en cas de réalisation du risque garanti, de percevoir une pluralité d'indemnités. Conformément au droit de la preuve, il appartient à l'assureur de rapporter les faits nécessaires au succès de sa prétention (C. proc. civ., art. 9). Autrement dit, l'assureur doit prouver la mauvaise foi de l'assuré ; la chose est peu aisée. On sait pourtant combien « *la preuve est la rançon des droits* ». L'absence de déclaration de cumul ne constitue pas ipso facto l'assuré en faute. En pratique, la fraude apparaîtra à l'occasion de la réalisation du risque, lorsque l'assuré, ayant déclaré le sinistre à plusieurs assureurs, tentera de percevoir des indemnités dont le montant cumulé dépasse la valeur du dommage subi.

Conformément au droit commun, le domaine de la nullité est circonscrit. L'article L. 121-4 c.assur. suppose une fraude commise au moment de la conclusion du contrat. La preuve est diabolique : il est fréquent que les éléments de preuve dont dispose l'assureur établissent l'intention malhonnête de l'assuré une fois seulement le

sinistre réalisé, et non au jour de la souscription des polices. Du reste, il est possible que l'intention frauduleuse ne naisse dans l'esprit de l'assuré qu'au jour de la réalisation du sinistre, lequel succombe à la tentation de percevoir une indemnité double voire triple, alors qu'il avait souscrit les différents contrats en toute bonne foi. Un dicton : l'occasion fait le larron ! Dans cette hypothèse, c'est la déchéance pour exagération frauduleuse des conséquences du sinistre qu'il convient de faire jouer et non pas la sanction de l'article L. 121-4 c.assur. La déchéance n'étant toutefois pas, à proprement parler, une sanction légale mais conventionnelle, une clause spéciale de la police d'assurance doit encore l'avoir prévue (c.assur., art. L. 112-4).

La sanction de la fraude est la nullité de l'ensemble des assurances cumulatives frauduleusement contractées (c.assur., art. L. 121-4, al. 3). On aura garde de noter que contre la lettre de la loi (c.assur., art. L. 112-4), la jurisprudence décide qu'il est indifférent que la police n'ait pas prévu cette sanction (Cass. 1ère civ., 9 nov. 1981, D. 1983, p. 303, note Cl. Berr et H. Groutel). La sanction est lourde : l'assuré est privé de toute garantie. Le cas échéant, il doit restituer les indemnités perçues à l'occasion d'un précédent sinistre. Le droit à des dommages et intérêts fonde l'assureur à conserver les indemnités perçues en vertu du contrat annulé.

- **Assurances cumulatives non frauduleuses (ou faute de preuve de l'intention dolosive)**

Les assurances cumulatives, dont le caractère frauduleux n'est pas avéré, sont valables (c.assur., art. L. 121-4, al. 4). « Le bénéficiaire du contrat peut obtenir l'indemnisation de ses dommages en s'adressant à l'assureur de son choix ». La loi dispose que l'assuré, qui donne avis à l'assureur d'un sinistre de nature à entraîner la garantie de son assureur (c.assur., art. L. 113-2, 4°), oblige ce dernier à la dette d'indemnité. Autrement dit, l'assureur ne peut pas refuser de payer en opposant à son assuré l'existence des autres contrats. Toute clause, qui subordonnerait la mise en œuvre du contrat qui la contient à l'absence, l'insuffisance ou la défaillance d'une autre assurance, est prohibée (Cass. 1ère civ. 16 juin 1987,

Bull. civ. I, n° 193). L'assuré n'est plus obligé de diviser ses poursuites (ce qui était le cas avant la loi du 13 juill. 1982) et d'assigner l'ensemble des assureurs pour obtenir l'indemnisation totale à laquelle il a droit. Par ailleurs, il ne s'agirait pas que l'assuré espérât s'enrichir. Si le cumul ne doit pas lui nuire, il ne doit pas non plus lui profiter. La loi dispose que l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne doit excéder le montant de la garantie promise ni ne doit dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre (C. assur., art. L. 121-1, al. 1 sur renvoi art. L. 121-4, al. 4). En pratique, l'assuré de bonne foi réclame une indemnisation à celui des assureurs qui lui offre la garantie la plus complète. S'il s'avérait que la garantie était insuffisante, il lui serait loisible de se tourner vers un autre assureur de son choix aux fins d'indemnisation complémentaire, dans la limite bien entendu de la valeur déclarée de la chose. Une fois les prestations indemnitaires servies, l'assureur solvens peut se prévaloir de l'existence des autres polices pour ne pas souffrir seul la charge finale de l'indemnisation (c.assur., art. L. 121-4, al. 5). Les recours en contribution étant relativement coûteux, il existe des conventions entre assureurs qui les écartent.

- **Qu'est-ce qu'une sur-assurance simple ?**

Il y a surassurance simple dès lors que l'on est assuré pour une somme supérieure au dommage que l'on peut effectivement subir. Il résulte de cette définition que la réglementation fixée à l'article L. 121-3 c.assur. ne s'applique qu'aux assurances de dommages. Seuls sont visés les contrats comprenant l'indication d'une valeur assurée et garantissant l'indemnisation de dommages dont il est possible de mesurer par avance le coût maximum (assurances comportant une valeur d'assurance déterminable). Seules les assurances de choses et de responsabilité déterminée tombent sous le coup de l'article précité. Les assurances de responsabilité indéterminée (assurances automobile), qui couvrent des dommages dont le montant ne peut être connu qu'une fois le risque réalisé demeurent exclues du champ d'application de la règle légale. La surassurance n'est pas ipso jure sanctionnée. L'article L. 121-3,

al. 2 C. assur. énonce « s'il n'y a eu ni dol ni fraude, le contrat est valable ». Et le premier alinéa de disposer : « Lorsqu'un contrat d'assurance a été consenti pour une somme supérieure à la valeur de la chose assurée, s'il y a eu dol ou fraude de l'une des parties, l'autre partie peut en demander la nullité et réclamer, en outre, des dommages et intérêts ». Aussi, il importe d'établir la fraude commise par le souscripteur ou par l'assureur : *fraus omnia corrumpit*.

- **La sur-assurance frauduleuse**

Il y a dol de la part de l'assuré, lorsqu'il fait garantir une somme excessive dans le seul but d'obtenir, en cas de sinistre, une somme supérieure au dommage réellement subi. La loi sanctionne en l'occurrence l'intention frauduleuse de se procurer un profit illégitime. En pratique, l'assureur n'a aucun intérêt à réclamer la nullité du contrat en l'absence de sinistre. Pour échapper au paiement de l'indemnité, il lui est loisible d'opposer une clause de déchéance pour exagération frauduleuse du dommage.

Il y a fraude de la part de l'assureur lorsqu'il exagère consciemment la valeur assurée en vue d'encaisser des primes plus élevées. L'hypothèse est d'école. En pratique, le montant de la somme assurée est fixé soit unilatéralement par l'assuré (contrat souscrit en valeur déclarée), soit d'un commun accord par les parties (contrat souscrit en valeur agréée).

La nullité a un rôle préventif. Elle dissuade l'assuré de commettre la fraude qui pourrait l'enrichir. En cela, elle participe du principe indemnitaire.

La nullité a un effet curatif. Elle entraîne l'anéantissement rétroactif du contrat. Le retour au statu quo ante implique que l'assureur doit restituer les primes qu'il a reçues et que l'assuré rembourse les indemnités qui lui ont été payées. Et la loi de prévoir que la victime de la fraude peut réclamer en outre des dommages-intérêts (C. assur., art. L. 121-3, al. 1er, in fine).

- **La sur-assurance non frauduleuse**

La bonne foi se présument, la surévaluation sera considérée comme non frauduleuse chaque fois que la surévaluation de la valeur du bien assuré (ou du dommage possible) est involontaire, mais aussi lorsque la fraude ou le dol de l'une des parties n'a pu être établi celui qui argue de la nullité du contrat.

L'article L. 121-3, al. 2 C. assur. prévoit que la surassurance non frauduleuse, faite de bonne foi, ne donne lieu qu'à une réduction de l'assurance pour la ramener dans les proportions autorisées par la loi : la valeur assurée est corrigée pour correspondre à la valeur assurable, et le montant des primes est réduit en proportion.

La réduction du contrat peut être demandée par l'une ou l'autre des parties et à tout moment. Avant la survenance du sinistre, l'assureur est peu enclin à la réclamer sauf s'il craint, une fois le dommage réalisé, de ne pas être en mesure de démontrer la surassurance, ce qui le conduirait à verser une indemnité supérieure à la valeur du sinistre. En pratique, c'est bien plutôt l'assuré qui demande une semblable réduction dans l'intention de réduire la prime payée. Inversement en cas de sinistre, la réduction interviendra à l'initiative de l'assureur dans le dessein de servir une indemnité inférieure au montant de la valeur assurée.

La réduction n'a pas d'effet rétroactif. L'assuré ne sera donc pas en droit de réclamer à l'assureur l'excédent de prime versé pendant toute la période où l'assurance était excessive. A l'avenir toutefois, il paiera une prime moindre, c'est-à-dire à la prochaine échéance (C. assur., art. L. 121-3, al. 2).

- **Sous-assurance**

Situation pouvant résulter d'une erreur, faute ou volonté délibérée de l'assuré de ne pas assurer la totalité des biens assurés. En cas de sinistre, si l'assureur constate que la valeur du bien ne correspond pas à la valeur réelle de la chose, l'assuré ne se verra pas correctement indemniser.

- **Comment est calculée l'indemnisation en cas de sous-assurance ?**

L'assureur appliquera une règle proportionnelle. L'assureur dédommagera au prorata de la valeur assurée par rapport à la valeur réelle du bien assuré. En d'autres termes, l'assuré ne sera que partiellement indemnisé pour les dommages qu'il a subis.

Exemple :

Un client fait assurer son véhicule en omnium pour une valeur de 10.000€ alors que son véhicule vaut en réalité 20.000€. Le véhicule subit un acte de vandalisme et le coût des réparations s'élèvent à 5.000€. L'indemnisation à laquelle aura droit l'assuré ne s'élèvera qu'à 2.500€, soit la moitié de ce qu'il aurait dû recevoir normalement si la valeur du véhicule renseignée dans le contrat avait été correcte.

Mécanismes de détermination de la prime / cotisation

- **Comment est calculée la prime ?**

La prime « commerciale » due par l'assuré est constituée par la « prime pure » augmentée des « chargements ».

- **Qu'est-ce que la prime pure ou prime technique ?**

La prime pure ou technique correspond à la partie de la prime collectée par l'assureur qui va être placée dans un « pot commun » afin de procéder au règlement des sinistres. Elle est fonction d'un « taux de prime », et de l'assiette des capitaux assurés, selon la formule suivante :

$$\text{PRIME PURE} = \text{TAUX DE PRIME} \times \text{CAPITAUX ASSURES}$$

Le taux de prime, ainsi que la valeur des capitaux assurés correspondent à l'importance du risque à garantir, telle qu'elle résulte, notamment, des déclarations faites par l'assuré au moment de la souscription du contrat.

- **Comment est déterminé le taux de prime ?**

Le taux de prime est déterminé par des actuaires en fonction de la fréquence et du coût moyen des sinistres, sur des bases mathématiques et statistiques.

- **Qu'est-ce que la fréquence des sinistres ?**

Elle est déterminée selon le calcul des probabilités, par référence au recensement statistique d'événements passés groupés en risques homogènes de même nature.

En ce qui concerne le risque incendie, on peut penser, par exemple, qu'un incendie va affecter 15 maisons sur 10.000 sur une année.

La fréquence de ce type de sinistre sera alors exprimée selon le rapport 15/10.000.

C'est ainsi que la prime concernant une opération de lancement d'un satellite pourra correspondre à une part importante de sa valeur, de l'ordre d'un tiers, voire de la moitié, lorsque celle-ci est conduite avec un nouveau lanceur, insuffisamment qualifié.

En revanche, la valeur de la prime est considérablement réduite lors d'un vol routinier, avec un lanceur dont la fiabilité est éprouvée (Ariane IV...)

- **Quel est le coût moyen des sinistres ?**

En divisant le coût total des sinistres par leur nombre, on arrive à un coût moyen pour un exercice donné.

Ainsi, sur quinze maisons incendiées, 4 peuvent être détruites en totalité, 5 à moitié et 6 pour une faible part, de sorte qu'en moyenne le coût du sinistre peut être évalué, par exemple, à 60% des capitaux assurés.

Pour une valeur assurée de 1.000€, le coût moyen du sinistre sera de

$$1.000€ \times 60\% = 600€.$$

Le taux de prime sera donc calculé selon la formule suivante :

Taux de prime = Fréquence x Coût moyen des sinistres

Dans l'exemple précité, le taux de prime sera de $15/10.000 \times 600 = 0,9$ pour 1.000€ assurés.

- **Qu'est-ce que la règle proportionnelle de taux de prime ?**

Si le risque a été inexactement déclaré par l'assuré, le taux de prime n'aura pas été ajusté au risque à garantir.

En cas de preuve de mauvaise foi dans la déclaration du risque, la résiliation du contrat est encourue sur le fondement de l'article L 113-8 du Code des Assurances.

En revanche, en cas d'absence de preuve de mauvaise foi l'article L 113-9, al.3, du Code des Assurances prévoit que l'indemnité due

après un sinistre sera réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés .

Indemnité réduite = Dommage x Tx payé / Tx dû

Exemples :

Une personne est propriétaire d'un immeuble dans lequel elle dispose d'un local commercial en rez-de-chaussée, ainsi que de différents locaux d'habitation.

A sa retraite, elle résilie la police d'assurance garantissant l'immeuble, et souscrit une nouvelle police garantissant simplement l'appartement qu'elle continue à occuper.

Compte tenu des caractéristiques du risque déclaré, l'assureur lui applique un taux de 1,2.

Par la suite, elle loue son ancien local commercial à un commerçant pour y pratiquer une activité aggravée de pizzeria, en omettant d'en informer l'assureur de son immeuble.

Celui-ci est fortement endommagé par une explosion de gaz, qui occasionne 180.000€ de dommages.

Faute de rapporter la preuve de la mauvaise foi de son assuré, l'assureur est en droit de lui opposer une réduction proportionnelle de taux de prime en rétablissant le taux qui lui aurait été appliqué si le risque lui avait été correctement déclaré, soit 1,8.

Le montant de l'indemnité sera donc réduit à :

$$180.000 \times 1,2 / 1,8 = 120.000\text{€}$$

Un assuré omet de déclarer, sans mauvaise foi, que le bâtiment qu'il souhaite faire assurer contre l'incendie est construit en bois.

Du fait de cette omission, l'assureur lui applique un taux de prime normal de 0,9.

Or, si l'assureur avait eu connaissance de la nature du matériau en bois, il aurait dû appliquer, par exemple, un taux de prime de 1,13.

En cas de sinistre de 200.000€ l'indemnité sera réduite à :

$$200.000 \times 0,9 / 1,13 = 159.292,03\text{€ au lieu de } 200.000\text{€}$$

La sanction de la règle proportionnelle de taux de prime de l'article L 113-9 du Code des Assurances, doit être distinguée de la règle proportionnelle de capitaux visée par l'article L 121-5 du Code des Assurances, en cas de sous-assurance, laquelle n'est pas une sanction.

- **Quelle est l'assiette de la prime ?**

L'assiette de la prime varie selon que le bien assuré à une valeur déterminable, qu'il s'agisse d'une assurance de responsabilité dont le montant du sinistre potentiel est indéterminé, ou une assurance de personnes dont la prime est fonction des capitaux assurés.

Dans les exemples précédents la prime pure d'une maison normale de 200.000€, au taux de 0,9 pour 1.000 sera de 180€ par an.

Si le bâtiment est en bois, la sinistralité pourra être de 20 sinistres par an pour 10.000 maisons.

Le coût moyen des sinistres pourra être de 70% des capitaux assurés.

Le taux de prime sera donc de :

$20/10.000 \times 700 = 1,4$ pour 1.000€ assurés.

Pour une valeur assurée de 200.000€, le montant de la prime pure sera de:

$1,4 \times 200 = 280€$.

- **Quelle est l'assiette de la prime en assurance de choses ?**

Valeur vénale : pour les biens destinés à être vendus

Valeur d'usage : valeur de remplacement, moins vétusté

Valeur à neuf : valeur de remplacement sans vétusté.

La valeur assurée peut résulter :

soit de la valeur déclarée qui résulte des simples déclarations de l'assuré;

soit de la valeur agréée sur laquelle l'assureur a donné son accord.

- **Quels sont les risques variables ?**

Il est prévu lors de la souscription du contrat des variations de la valeur du risque au cours de son exécution.

On appelle « police flottante ouverte » ou « police d'abonnement » le contrat d'assurance portant sur des objets qui peuvent être constamment modifiés au cours du contrat, et qu'on appelle des « existences variables ».

Cette technique est souvent utilisée en matière de risque « marchandises transportées », ou pour garantir le parc automobile des transporteurs.

L'assuré doit alors fournir une déclaration périodique de ces existences variables, qu'on appelle « déclaration d'aliment ».

La prime est également souvent fixée en fonction du chiffre d'affaires de l'entreprise, et il appartient à celle-ci de déclarer régulièrement son montant (prime ajustable).

Enfin, les parties au contrat d'assurance peuvent convenir d'un compte courant entre les primes dues par l'assuré et le montant des indemnités dues par l'assureur, un tel mécanisme étant couramment utilisé en matière d'assurance transport.

- **Quelle est l'assiette de la prime en assurance de responsabilité ?**

La prime est fonction de la nature et de l'importance des risques garantis, lesquels sont très variables selon qu'il s'agisse d'une entreprise ou de particuliers.

Dans le cas des risques d'entreprise ou professionnels, la détermination de la prime est fonction de l'activité exercée par l'assuré.

On peut retenir les critères suivants :

– **Nature de l'activité exercée** : la sinistralité d'un plombier est différente de celle d'un couvreur. Si la valeur d'assurance est déterminée (ex. : bien confié à un dépositaire, marchandise...) on peut procéder comme en matière d'assurance de biens : la règle proportionnelle de capitaux est alors applicable.

– **Importance de l'activité** : la prime est assise sur le chiffre d'affaire de l'entreprise, sur le nombre de lits d'une clinique ou le nombre des membres d'une association. Si la responsabilité est illimitée, il est possible de fixer des plafonds de garanties qui constituent la limite de l'engagement de l'assureur.

La prime peut également être déterminée en fonction des coûts moyens des sinistres établis selon la méthode statistique (ex. : Assurance chef de famille).

- **Quelle est l'assiette de la prime en assurance de personne ?**

La prime est directement fonction du montant forfaitaire des capitaux assurés, ainsi que des risques particuliers auxquels se trouvent exposés l'assuré, notamment du fait de son âge, de son état de santé ou de son exposition particulière à certains risques.

- **Quel est le chargement de la prime ?**

Il convient d'ajouter à la prime pure, qui correspond exclusivement au risque pris en charge, le chargement commercial et le chargement fiscal.

Les marchés publics

- **Contrats conclus en application du Code des marchés publics**

L'article 2 de la loi du 11 décembre 2001 (L. no 2001-1168, 11 déc. 2001, art. 2, JO 12 déc.) portant mesures urgentes de réformes à caractère économique et financier, dite loi MURCEF, dispose que « les marchés passés en application du Code des marchés publics ont le caractère de contrats administratifs ».

Les différentes catégories d'assurance

- **Opposition fondamentale : assurances vie et non-vie**

Les directives européennes distinguent depuis longtemps les assurances vie et les assurances non-vie. Cette opposition est justifiée non seulement par le régime juridique propre à chacune d'entre elles (notamment en ce qui a trait aux règles prudentielles) mais aussi par leurs natures respectives. Les assurances vie (c'est-à-dire en cas de vie ou en cas de décès) se trouvent dans les contrats par lesquels l'assureur prend un engagement dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine.

- **Que sont les branches spéciales ?**

Certaines branches correspondent à un événement déterminé par l'événement aléatoire et, le cas échéant, par le siège de l'événement (personne ou bien).

À titre d'exemple, la branche no 1 est intitulée « Accidents » et comporte une répartition entre « prestations forfaitaires », « prestations indemnitaires » et « combinaisons » : aucune précision n'est donnée sur l'appartenance de l'opération d'assurance à la catégorie des assurances de personnes ou à celle des assurances de dommages.

La branche no 8, « Incendie et éléments naturels », est définie comme « tout dommage subi par les biens (autres que les biens compris dans les branches 3, 4, 5, 6 et 7) lorsqu'il est causé par un incendie, une explosion, une tempête, les éléments naturels autres que la tempête, l'énergie nucléaire, un affaissement de terrain ».

La branche no 11, « Responsabilité civile des véhicules aériens », englobe « toute responsabilité résultant de l'emploi de véhicules aériens (y compris la responsabilité du transporteur) ».

- **Que sont les branches générales ?**

D'autres branches ont un caractère plus générique. Elles intègrent les événements qui ne relèvent pas d'une branche plus spéciale. Ainsi, la branche no 13, « Responsabilité civile générale », reçoit « toute responsabilité autre que celles mentionnées sous les numéros 10, 11 et 12 » (no 10 : véhicules terrestres automoteurs ; no 11 : véhicules aériens ; no 12 : véhicules maritimes, lacustres et fluviaux).

La branche no 20, très large car intitulée « Vie-décès », concerne « toute opération comportant des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine », mais il faut tenir compte de la spécificité du risque quand celui-ci suppose un accident (branche no 1) ou une maladie (branche no 2).

- **Quelles sont les catégories et sous-catégories du Code des assurances ?**

Le Code des assurances affecte des règles communes à l'ensemble des contrats d'assurances terrestres, puis édicte des dispositions spéciales aux deux grandes catégories que sont les assurances de dommages et les assurances de personnes, et enfin, entre plus avant dans le détail du régime applicable à des sous-catégories (assurance contre l'incendie, etc.).

- **Assurances de dommages et assurances de personnes**

La première classification distingue les assurances de dommages et les assurances de personnes. Le droit communautaire se divise lui-même, outre divers règlements, en directives non-vie et directives vie.

Cette distinction présente plusieurs intérêts. D'une part, une entreprise d'assurance est en droit de pratiquer soit les assurances de dommages, soit les assurances de personnes, mais jamais les deux à la fois. C'est pourquoi l'on trouve souvent, au sein d'un groupe, la compagnie X-Vie aux côtés de la Compagnie X-IA ou

IARD, etc. (incendie, accident et risques divers, suivant les appellations traditionnelles). D'autre part, le régime juridique des contrats et les droits et obligations des intéressés diffèrent sur d'assez nombreux points. Si le titre I du livre I du Code des assurances (« Le contrat ») traite des « règles communes aux assurances de dommages non maritimes et aux assurances de personnes », le titre II est consacré aux assurances de dommages non maritimes, tandis que le titre III traite des assurances de personnes (et des opérations de capitalisation). En principe, le juge ne peut statuer par référence à des règles qui, par exemple, ne concernent que les assurances de responsabilité, alors que le contrat a pour objet une assurance de personnes (Cass. 1^{re} civ., 13 mai 1997, no 95-14.843, RGDA 1997, p. 829, note Kullmann J. ; voir no857).

- **Assurances de dommages : assurances de choses et assurances de responsabilité**

Les assurances de dommages se divisent en deux catégories : les assurances de choses, qui ont pour objet un risque relatif à un élément d'actif patrimonial, et les assurances de responsabilité qui couvrent une dette de responsabilité, c'est-à-dire un élément de passif patrimonial. La Cour de cassation est parfois amenée à rappeler aux juges du fond qu'« une assurance de responsabilité relève de la catégorie juridique des assurances de dommages », et qu'une police d'assurance de dommages peut contenir à la fois une assurance de responsabilité et une assurance de choses, au profit d'assurés distincts (Cass. 1^{re} civ., 16 juill. 1998, no 96-17.807, Bull. civ. I, no 246, RGDA 1999, p. 463, note Kullmann J.).

Un troisième type d'assurances de dommages, non envisagé par la législation française, pourrait disposer d'une certaine autonomie : le risque correspondant au non-recouvrement d'une créance, assurance-crédit, ou assurance caution, ou encore ce que l'article R. 321-1 du Code des assurances désigne sous l'appellation générale et résiduelle des « pertes pécuniaires ». Il est en effet difficile de parler à leur propos d'assurances de « choses ». En l'absence de réglementation spécifique, elles sont assimilées à

celles-ci, sous une réserve : l'assurance-crédit est globalement exclue de la législation applicable au contrat d'assurance (dispositions du livre I du Code des assurances), mais la loi no 94-5 du 4 janvier 1994 (JO 5 janv.) l'a soumise à quelques-unes de ses règles (C. assur., art. L. 111-6, L. 111-4, L. 112-4 et L. 112-7). La loi belge sur le contrat d'assurance terrestre a, elle, établi un corps de règles spéciales à cette catégorie d'assurances, dites « assurances de frais ».

- **Régimes spéciaux en fonction de l'objet du risque**

Le Code des assurances édicte quelques normes spécifiques à un risque précis : incendie, grêle, actes de terrorisme, protection juridique, décès, etc.

- **Assurances affinitaires**

La loi du 17 mars 2014 (L. no 2014-344, 17 mars 2014, JO 18 mars) a créé une nouvelle catégorie d'assurances, celles qui sont souscrites en complément à un bien ou un service « vendu » par un fournisseur. Il s'agit de ce que le marché (et non la loi) appelle des « assurances affinitaires ».

Les règles établies dans le nouvel article L. 112-10 du Code des assurances sont applicables aux risques de mauvais fonctionnement, de perte, y compris de vol, ou d'endommagement des biens fournis ; et à l'endommagement ou la perte, y compris le vol, de bagages et les autres risques liés à un voyage, même si l'assurance couvre la vie ou la responsabilité civile, à la condition que cette couverture soit accessoire à la couverture principale relative aux risques liés à ce voyage.

Des règles spécifiques sont applicables à ces contrats d'assurance : la renonciation au contrat d'assurance en cas d'assurances cumulatives.

- **Mode de la prise d'assurance : assurances individuelles et assurances collectives**

Le contrat d'assurance peut être conclu soit par une personne qui agit individuellement, c'est-à-dire pour un risque qui pèse sur elle-même ou sur une autre personne (assurée pour compte), soit par une personne qui contracte avec l'assureur afin que les membres d'un groupe présentant certains caractères (employés d'une société, emprunteurs auprès d'une banque, professionnels relevant d'une activité réglementée...) soient assurés. Dans cette seconde hypothèse, qui concerne les risques de dommages ou de personnes, l'assurance est dite collective. On parle également d'assurance de groupe, mais il serait probablement préférable de réserver cette expression aux assurances de personnes dans la mesure où le titre IV du livre I du Code des assurances traite spécialement des assurances de groupe qui s'opposent aux assurances dites individuelles. Pour les risques mentionnés par l'article L. 141-1 du Code des assurances (risques liés à la durée de la vie humaine, risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou risque de chômage), le régime juridique du contrat d'assurance diffère suivant que la souscription est réalisée par une personne morale ou un chef d'entreprise afin de garantir le risque encouru par d'autres personnes qui « adhèrent » à ce contrat considéré comme unique – contrat de groupe – ou par un individu, sans que la garantie s'étende aux risques présentés par un groupe d'autres personnes – contrat individuel.

Une nouvelle catégorie d'assurances, celle des « assurances collectives de dommages », a été créée : un nouvel article L. 129-1 du Code des assurances définit le « contrat d'assurance collective de dommages » comme le « contrat souscrit par une personne morale en vue de l'adhésion de toute personne intéressée par le bénéfice des garanties pour la couverture des risques autres que ceux mentionnés au premier alinéa de l'article L. 141-1 ». Toutefois, si « toute personne » peut adhérer – et donc pas uniquement le consommateur –, le dernier alinéa de cet article précise que les risques professionnels ne sont pas compris dans cette nouvelle catégorie.

- **Quelle est la portée d'un contrat d'assurance collectif ?**

Tout le problème consiste à apprécier plus précisément la portée de l'adhésion : si le lien juridique qui unit l'adhérent à l'assureur est évidemment de nature contractuelle (car issu du contrat contenant la stipulation pour autrui), existe-t-il entre ces personnes un véritable contrat d'assurance individuel – et il y aurait donc autant de contrats individuels que d'adhésions acceptées par l'assureur ? À cette conception dite éclatée de l'assurance collective s'oppose l'approche dite unitaire, qui considère qu'un seul contrat est conclu entre l'assureur et le souscripteur, chaque adhérent disposant simplement de la qualité d'assuré.

La doctrine s'est penchée, et se penche toujours, sur la question.

L'intermédiation en assurance

- **Quel est le rôle du courtier assurance vie ?**

Le courtier en assurance vie n'a pas les mêmes missions que le courtier en crédits. En effet, c'est un courtier en assurance, il intervient en tant qu'intermédiaire entre le client désireux de souscrire à un contrat d'épargne et l'assureur désigné, qui gèrera la gestion du compte.

- **Quelle est la mission du courtier en assurance-vie ?**

Le courtier en assurance vie a, avant tout, une mission de conseil envers son client. Il est l'expert qui lui est dédié pour l'aiguiller vers une offre qui saura correspondre à un profil spécifique. Ainsi, le professionnel doit pouvoir prouver que ses propositions ne servent pas ses propres intérêts en cas de signature d'un contrat. L'ORIAS (registre unique des intermédiaires en assurance, banque et finances) répertorie les experts fiables. La majorité des courtiers exerçant une activité indépendante ont également une casquette de CIF (conseiller en investissement financier). Dans ce cadre, ils sont obligatoirement membres d'une association professionnelle, par exemple l'ANACOFI.

Le courtier en assurance vie a généralement accès à toutes les offres du marché pour avoir une vision large des propositions qui correspondent à ses clients et à leur recherche. Outre une étude comparative des formules disponibles chez les différents assureurs, le professionnel peut accompagner le mandataire dans toutes ses démarches administratives jusqu'à la signature du contrat en question.

- **Combien cela vous rapporte ?**

Le courtier en assurance vie a pour mission de trouver un contrat adapté à son client. De ce fait, le futur assuré devra régler les frais

liés à sa nouvelle souscription. Les frais sur versements sont devenus rares mais existent encore, soyez vigilants à cette condition de contrat. Le code des assurances encadre ce type de frais et impose qu'ils ne dépassent pas 5 % des montants versés. Les frais de gestion sont à prendre en compte dans le calcul des frais liés à la recherche et à l'ouverture d'un compte assurance vie. Ils peuvent représenter 0,2 à 1 % d'un investissement en fonds euros ou jusqu'à 1,2 % pour les placements en unités de compte. Ils dédommagent l'implication et le travail du gestionnaire du compte. Les frais de gestion sont dus par l'épargnant, quelle que soit la performance de ses placements et même si celle-ci est négative. La modification des supports d'investissement engendre également des frais appelés frais d'arbitrage. Ils s'élèvent à 0,5 ou 1 % du montant transféré par le gestionnaire. Comme les frais de versement, certains contrats proposent ce service sans facturation. Quels que soient les frais et quel que soit le contrat, il est possible d'engager des négociations afin de limiter au maximum les montants annexes à vos versements.

Attention! Certains frais des assurances vie ne sont pas explicites. Pour se rendre compte de leur montant et s'assurer de leur justification, il faut consulter le DICI (document d'information clé pour l'investisseur) de chaque fonds placé. Les frais sont ensuite reversés au gestionnaire d'assurance vie et au courtier. Toutes les unités de compte ne rémunèrent pas les acteurs de la même façon, c'est pourquoi il est important de lier une véritable relation de confiance avec l'expert dont vous dépendez afin de ne jamais douter de la fiabilité de ses conseils.

- **Le métier d'actuaire**

Dans la cascade des métiers de l'assurance, l'actuaire a un peu le rôle du visionnaire : il intervient en amont de la conception des contrats pour mettre au point la tarification des risques qui lui sont soumis.

- **Quel est le profil de l'actuaire ?**

Curieux des innovations statistiques et des dernières tendances de modélisation économiques, maîtrisant parfaitement les outils informatiques, vous aimez faire parler les chiffres.

Sens aiguisé de l'analyse, esprit de synthèse, goût certain pour le travail en équipe, curiosité et esprit créatif : autant d'atouts qui vous permettront de participer à l'optimisation des produits existants et à l'élaboration des produits de demain.

- **Quelles sont les missions de l'actuaire ?**

- Participer à la conception technique des produits d'assurances ;
- mettre au point les règles et barèmes de tarification applicables à chaque catégorie de risques ;
- définir les conditions de rentabilité économique et financière des contrats ;
- conseiller et accompagner techniquement les acteurs chargés de la souscription et de la commercialisation des produits.

- **Quelle est la formation nécessaire de l'actuaire ?**

Le niveau requis est variable selon le poste proposé : à partir de bac+2 pour un technicien en actuariat, mais le plus souvent à un niveau supérieur ou égal à bac+4 pour un poste de chargé d'études actuarielles ou d'actuaire. A noter que certaines formations peuvent être préparées en apprentissage.

• Quelle est la rémunération de l'actuaire ?

Salariés ayant moins de 31 ans et moins de deux ans d'ancienneté
Age moyen constaté : 26,9 ans

<40 K€	40- 44 K€	44- 48 K€	> = 48 K€
22,4%	30,6%	14,2 %	32,7%

Source : données extraites de l'enquête sur les rémunérations FFA au 31/12/2018. Rémunération des salariés appartenant aux sous-familles de métiers « Actuariat et études financières » et « Actuariat et études techniques »

• Quelles sont les évolutions et les passerelles ?

La recherche de solutions à des problématiques en émergence vous positionne dans une démarche prospective. Cette compétence, alliée à votre capacité à communiquer sur vos choix au sein d'une équipe projet, pourra vous offrir des opportunités professionnelles vers la souscription de contrats, la gestion d'actifs, le marketing...

Voici quelques exemples de fonctions vers lesquelles vous pouvez évoluer après avoir exercé pendant plusieurs années le métier d'actuaire.

- Responsable technique produits
- Responsable actuariat
- Responsable gestion actif-passif
- Responsable service études et prospective
- Chef de marché produits vie

Votre évolution de carrière dépendra :

- de vos compétences acquises,
- de vos centres d'intérêt,
- des opportunités de carrière qui s'offriront à vous.

- **L'agent général d'assurance**

Commerçant en tant que travailleur indépendant ou dans le cadre d'une société qu'il a reprise ou créée, l'agent général d'assurance est à la fois chef d'entreprise et mandataire de la société d'assurances dont il distribue les produits.

- **Quel est le statut de l'agent général d'assurance ?**

Exerçant votre activité dans le cadre d'un statut réglementaire, vous représentez une société d'assurances dont vous êtes le mandataire. Cette société vous apporte un appui technique et commercial et peut, dans certains cas, vous aider financièrement à démarrer. Vous organisez librement votre agence en cohérence avec la stratégie commerciale de la société mandante et de ses clients.

- **Quel est le profil de l'agent général d'assurance ?**

Vous avez un tempérament d'entrepreneur, le goût du relationnel et des qualités managériales. Vous souhaitez prendre les rênes d'une activité stimulante et développer une relation de proximité avec la clientèle.

- **Quelles sont les missions de l'agent général d'assurance ?**

- Conseiller les clients : après avoir établi un diagnostic de leurs besoins et pris en compte leurs demandes, leur proposer les garanties adéquates ;
- suivre les besoins des clients, en fonction de l'évolution de leur situation personnelle ou professionnelle, et adapter en conséquence l'offre de produits d'assurance ;
- accompagner les clients, de la signature du contrat au versement des indemnités en cas de sinistre ;
- administrer et gérer votre entreprise de façon autonome ;

– si besoin est, recruter, former et animer une équipe de collaborateurs.

- **Quelle est la formation de l'agent général d'assurance ?**

Diplôme d'enseignement supérieur, formation ou expérience professionnelle équivalente (en conformité avec les dispositions relatives à la capacité professionnelle prévue par la réglementation sur la présentation des opérations d'assurance).

- **Quelle est la rémunération de l'agent général d'assurance ?**

L'agent général perçoit des commissions sur la commercialisation, le suivi et la gestion des contrats d'assurance qu'il réalise.

- **Quelles sont les évolutions et les passerelles ?**

Votre évolution professionnelle accompagnera le succès de votre entreprise. L'augmentation de votre volant d'activité pourra s'effectuer grâce à une stratégie de fidélisation des clients et au recrutement de collaborateurs performants, au rapprochement ou rachat d'autres structures, à la spécialisation dans un ou plusieurs domaines porteurs.

- **Le point de vue d'un agent général d'assurance**

Exerçant en tant que travailleur indépendant ou dans le cadre d'une société qu'il a reprise ou créée, l'agent général est à la fois chef d'entreprise et mandataire de la société d'assurances dont il distribue les produits.

En tant que chef d'entreprise, l'agent général est un homme ou une femme qui dirige, gère, finance et développe une activité commerciale.

En tant que mandataire d'une société d'assurances, il représente celle-ci auprès des clients et prospects. A ce titre, il bénéficie d'un soutien commercial et technique actif.

Il a également des obligations envers cette société et son activité s'inscrit dans un cadre qui dépasse celui de sa seule entreprise : politique commerciale, marketing des produits, développement de l'activité ... les orientations sont fonction des objectifs de la société d'assurances. Il existe donc un véritable partenariat entre l'agent général et la société qu'il représente.

L'agent général est également bien intégré au tissu économique local.

Sa rémunération est constituée par une commission sur les produits distribués.

S'il n'y a pas a priori de diplôme universitaire spécifique pour exercer ce métier, il existe des formations, le plus souvent dispensées par la société d'assurances que l'on se destine à représenter.

La tendance actuelle s'oriente vers une extrême polyvalence. A la polyvalence de l'activité quotidienne inhérente à ce métier (développement commercial, gestion de l'entreprise, management du personnel, comptabilité et gestion financière, suivi des clients...) vient se greffer la polyvalence liée à la nécessité de bien connaître une offre produits toujours plus diversifiée (assurance des personnes, assurances de biens) ciblant une clientèle très variée (particuliers, entreprises, professionnels, collectivités).

Un défi enrichissant, aussi bien sur le plan professionnel que personnel. Un métier vivant, où flexibilité, réactivité et capacité à se remettre en question sont essentielles.

- **Le chargé d'étude marketing**

Curieux, intuitif, à l'affût des tendances, le chargé d'étude marketing aime analyser le comment et le pourquoi des évolutions du marché. Le chargé d'étude marketing a un sens pédagogique qui lui permet d'expliquer avec clarté et aisance les résultats de ses études car il est aussi un bon communicant et possède une bonne maîtrise

réductionnelle. Les outils informatiques de gestion de bases de données et de traitement statistique sont ses fidèles alliés.

- **Quelles sont les missions du chargé d'études marketing ?**

Recueillir, traiter et analyser des données qualitatives et quantitatives sur l'activité de l'entreprise, notamment en termes de gestion de la relation client (CRM) ;

Rédiger des rapports d'étude avec des préconisations en termes d'actions marketing ;

Analyser les évolutions commerciales, techniques, fiscales, juridiques ou socio-économiques susceptibles d'influer sur les produits et les contrats d'assurances ;

Assurer la veille concurrentielle ;

Assister le chef de produit dans ses analyses et décisions.

- **Quelles sont les formations du chargé d'études marketing ?**

Le niveau de formation requis est le plus souvent supérieur ou égal à bac+ 4/+ 5.

Les études requises varient selon le poste proposé :

- Ecole supérieure de commerce
- 3ème cycle en marketing
- Statistique

Une connaissance du marché de l'assurance et de ses produits, acquise par exemple au cours d'un stage, sera en général très appréciée.

- **Quelle est la rémunération du chargé d'études marketing ?**

Salariés ayant moins de 31 ans et moins de deux ans d'ancienneté
Age moyen constaté : 26,5 ans

< 32 K€	32- 36 K€	36- 40 K€	> = 40 K€
17,2%	23%	31,6%	28,2%

Source : données extraites de l'enquête sur les rémunérations FFA au 31/12/2018. Rémunération des salariés appartenant aux sous-familles de métiers « Marketing stratégique et études » et « Marketing opérationnel »

- **Quelles sont les évolutions et les passerelles ?**

La connaissance approfondie et la compréhension des attentes et des besoins du marché, conjuguées à un bon esprit de synthèse, seront des atouts clés pour l'évolution professionnelle au sein de l'équipe marketing ou vers une fonction commerciale.

Voici quelques exemples de fonctions vers lesquelles vous pouvez évoluer après avoir exercé pendant plusieurs années le métier de chargé d'études marketing.

- Responsable d'études marketing, de marché clientèle, de gamme de produits...
- Chargé(e) de communication
- Responsable de la promotion des ventes

Votre évolution de carrière dépendra :
de vos compétences acquises,
de vos centres d'intérêt,
des opportunités de carrière qui s'offriront à vous.

- **Le chargé d'indemnisation**

Le chargé d'indemnisation intervient à la suite d'un sinistre (accident, incendie, vol...) pour en apprécier les circonstances,

déterminer les responsabilités, évaluer le préjudice et orienter la gestion vers le traitement le plus approprié.

- **Quel est le profil du chargé d'indemnisation ?**

L'équité est une valeur essentielle pour vous. Pondéré, vous prenez toujours le temps d'étudier précisément les tenants et les aboutissants d'une situation avant de prendre une décision. Vous êtes diplomate, perspicace et tenace, ce qui vous confère de bonnes qualités relationnelles et de négociation.

- **Quelles sont les missions du chargé d'indemnisation ?**

- Vérifier que les garanties souscrites s'appliquent à l'événement survenu et apprécier, le cas échéant, les responsabilités ;
- Évaluer le montant des dommages et régler les sommes dues à l'assuré ou à la victime ;
- Agir dans le cadre contentieux lors d'un différend avec un tiers victime ou, plus rarement, avec un assuré ; dans ce cas, vous engagez et suivez la procédure devant les juridictions concernées, vous préparez l'argumentation et les instructions pour les avocats, vous exercez les recours et faites exécuter les décisions.

- **Quelle est la formation du chargé d'indemnisation ?**

L'indemnisation nécessite une formation juridique avec le plus souvent une spécialisation en droit des assurances. Selon le poste proposé et la complexité des sinistres à gérer, le niveau requis varie de bac+2 (BTS assurance, DUT carrière juridiques option assurance...) à bac+4 ou plus (maîtrise de droit privé, 3ème cycle en droit des assurances...).

- **Quelle est la rémunération du chargé d'indemnisation ?**

Salariés ayant moins de 31 ans et moins de deux ans d'ancienneté

Non cadres

Age moyen constaté : 25,5 ans

< 26 K€	26-30 K€	> = 30 K€
49,5%	37,3%	13,2%

Cadres

Age moyen constaté : 26,9 ans

< 34 K€	34-38 K€	> = 38 K€
50,2%	36,4%	13,4 %

Source : données extraites de l'enquête sur les rémunérations FFA au 31/12/2018. Rémunération des salariés appartenant aux sous-familles de métiers « Gestion et indemnisation des sinistres standards et conventionnels » et « Gestion et indemnisation des sinistres complexes ou contentieux »

- **Quelles sont les évolutions et les passerelles ?**

Votre bonne connaissance des produits d'assurance, à la fois sur le plan technique et juridique, et votre expérience de la gestion des assurés confrontés concrètement à un sinistre vous permettent d'envisager une évolution vers la prise en charge de risques plus complexes ou vers la souscription.

Voici quelques exemples de fonctions vers lesquelles vous pouvez évoluer après avoir exercé pendant plusieurs années le métier de chargé d'indemnisation.

Manager d'équipe

Gestionnaire accidents corporels, contentieux...

Chargé(e) d'indemnisation sur des risques spécialisés : bris de

machines, construction, responsabilité civile, transports...
Inspecteur indemnisateur

- **Chargé de clientèle**

Le métier de chargé de clientèle consiste avant tout à gérer la relation avec les assurés. Les contacts s'effectuent soit dans le cadre d'un face à face, soit par téléphone.

- **Quelles sont les missions du chargé de clientèle ?**

Gérer la relation avec les assurés en recueillant et en identifiant leurs besoins ;
Conseiller, négocier et conclure la vente des contrats ;
Réaliser le suivi de son portefeuille de clients.

Généralement, le travail de relation commerciale avec la clientèle s'effectue dans un point de vente.

Le chargé de clientèle est également chargé d'opérations de gestion telles que l'émission d'un contrat ou l'indemnisation de sinistres de risques simples (automobile, habitation, etc).

Son activité peut également s'effectuer par téléphone (téléconseiller) dans le cadre d'une relation à distance avec le client ou le prospect.

- **Quelle est la formation du chargé de clientèle ?**

En général, le métier requiert une formation commerciale ou une formation technique en assurance.

- **Quelle est la rémunération du chargé de clientèle ?**

Salariés ayant moins de 31 ans et moins de deux ans d'ancienneté
Age moyen constaté : 25,8 ans

< 24 K €	24-26 K €	> = 26 K €
28 %	42,6 %	29,4%

Source : données extraites de l'enquête sur les rémunérations FFA au 31/12/2018. Rémunération des salariés appartenant aux sous-familles de métiers « Vente en bureau ou point de vente », « Vente des contrats sur plateforme », « Vente et gestion des contrats en bureau ou point de vente » et « Vente et gestion des contrats sur plateforme »

- **Quelles sont les évolutions et les passerelles ?**

Vous acquerez une bonne connaissance du terrain et votre capacité à atteindre vos objectifs commerciaux vous permettra d'élargir vos horizons professionnels dans le management de vente, la formation ou le marketing opérationnel.

Voici quelques exemples de fonctions vers lesquelles vous pouvez évoluer après avoir exercé pendant plusieurs années le métier de chargé de clientèle :

Manager d'équipe

Conseiller en assurance

Inspecteur commercial

Agent général d'assurance

Courtage d'assurances

Chargé(e) d'indemnisation ou de souscription

- **Le profil du conseiller en assurance**

Qualités : écoute, dynamisme, pédagogie avec un excellent relationnel.

Compétences : Le conseiller en assurance est à l'aise dans toutes

les formes de communication, virtuelle ou en face-à-face. Il dispose d'une palette d'outils numériques qui lui permet d'être réactif et de personnaliser sa proposition de produits et services d'assurances adaptés au besoin de son client. Sa compétence repose également sur de bonnes connaissances en droit, gestion et fiscalité.

- **Quelles sont les missions du conseiller en assurance ?**

Au quotidien, le conseiller en assurance doit :

- organiser et assurer la prospection ;
- conseiller, négocier et conclure la vente des contrats ;
- réaliser le suivi de son portefeuille de clients.

Généralement, le travail de vente s'effectue par prospection et visite de la clientèle dans un secteur géographique donné, ainsi que par téléphone dans le cadre d'une relation à distance avec le client ou le prospect.

Mobile géographiquement, il fait partie d'un réseau encadré et animé par un inspecteur commercial.

- **Quelle est la formation du conseiller en assurance ?**

En général, le métier de conseiller en assurance requiert une formation commerciale de niveau bac+2 (DUT, BTS...), bac+3 ou bac+5 selon le poste, le plus souvent spécialisée en assurance ou en finance.

Retrouvez, sur le site de la FFA, toutes les formations géolocalisées et plus particulièrement les formations commerciales qui préparent à ce métier.

A noter que certaines de ces formations peuvent se préparer en apprentissage.

- **La rémunération du conseiller en assurance**

La rémunération du conseiller en assurance, constituée totalement ou principalement de commissions, est fonction des résultats de son activité.

Salariés ayant moins de 30 ans et moins de deux ans d'ancienneté
Age moyen constaté : 26,9 ans

< 22 K€	22-28 K€	28-36 K€	> = 36 K€
9%	33,3%	37,3%	20,4%

Source : données extraites de l'enquête sur les rémunérations FFA au 31/12/2018. Rémunération des salariés appartenant à la sous-famille de métiers » Vente itinérante »

- **Le point de vue d'un conseiller en assurance**

Au sein d'un secteur géographique donné, le conseiller en assurance gère et développe un portefeuille de clients et de prospects. Il est chargé de promouvoir et de vendre les produits et services de la société qu'il représente. Pour cela il doit prospecter la clientèle, analyser ses besoins et lui proposer des solutions d'assurance adaptées. Humainement très riche par la multiplication des contacts, ce métier permet les rencontres les plus variées. C'est un métier de terrain, voire d'occupation de terrain, qui nécessite un enthousiasme et une énergie sans cesse renouvelés. Véritable commercial, le conseiller en assurance doit faire preuve d'une grande autonomie, de ténacité et d'un goût très développé du contact. Mais comme tout métier commercial, il faut aussi apprendre à gérer les situations de refus. Cela implique de se remettre en question tout en étant capable de positiver l'expérience, car c'est un métier où il ne faut jamais baisser les bras !

La dimension de conseil est primordiale dans sa démarche. Pour convaincre, il doit d'abord savoir écouter. Une bonne connaissance des contrats est indispensable pour guider les clients dans leurs choix et répondre avec pertinence à leurs questions et attentes. Globalement, le conseiller en assurance est à la fois un battant et un bâtisseur : son principal objectif est de construire une relation de

confiance avec ses clients. C'est cette relation privilégiée qui lui permet, entre autres, de bénéficier de recommandations qui l'aideront à développer son volant d'activité. Ce reflet de la confiance témoignée est également une grande source de satisfaction personnelle.

Aussi son travail ne se limite-t-il pas à la vente de contrats. Sa bonne connaissance des clients lui permet d'être force de proposition et de suivre l'évolution de leurs besoins.

Le suivi des sinistres est également important pour s'assurer de leur bonne fin et de la satisfaction du client, indispensable pour établir une relation durable.

Le travail de contact doit donc être accompagné par une démarche méthodique et une organisation rigoureuse. En cela, le conseiller en assurance est épaulé et guidé par sa société. Des formations régulières lui permettent d'approfondir sa connaissance des produits. Elles lui permettent également de développer sa force de conviction.

- **Le métier du courtier d'assurances**

Le courtier ne vend pas directement de contrats d'assurances à ses clients. Il les aide à en acheter. En cela, son rôle de conseil est essentiel. Il a une connaissance approfondie du marché de l'assurance, et se tient informé de ses évolutions.

- **Quel est le statut du courtier d'assurances ?**

Commerçant inscrit au registre du commerce et des sociétés, vous représentez vos clients, pour le compte desquels vous recherchez, auprès des sociétés d'assurances, les garanties adaptées à leurs besoins et négociez les conditions de tarif en faisant jouer la concurrence. Vous pouvez être spécialisé dans certains domaines (construction, réassurance, prêts...). Pour vous installer, des conditions réglementaires sont prévues.

- **Le profil du courtier d'assurances**

Vous avez un tempérament d'entrepreneur, le goût du relationnel et des qualités managériales. Vous souhaitez prendre les rênes d'une activité stimulante et développer une relation de proximité avec la clientèle.

- **Les missions du courtier d'assurances**

Conseiller les clients : après avoir établi un diagnostic de leurs risques, leur proposer les garanties adéquates et concevoir leurs contrats ;

Suivre les besoins des clients en fonction de l'évolution de leur situation personnelle ou professionnelle, et adapter en conséquence l'offre de produits d'assurance ou financiers ;

Accompagner les clients, de la signature du contrat au versement des indemnités en cas de sinistre ;

Administrer et gérer votre entreprise de façon autonome ;
si besoin est, recruter, former et animer une équipe de collaborateurs.

- **La formation du courtier d'assurances**

Diplôme d'enseignement supérieur, formation ou expérience professionnelle équivalente (en conformité avec les dispositions relatives aux compétences professionnelles prévues par la réglementation sur la présentation des opérations d'assurance).

- **La rémunération du courtier d'assurances**

Le revenu du courtier dépend de son volant d'activité.

- **Quelles sont les évolutions et les passerelles ?**

Votre évolution professionnelle accompagnera le succès de votre entreprise. L'augmentation de votre volant d'activité pourra

s'effectuer grâce à une stratégie commerciale adaptée aux évolutions des besoins de la clientèle, au recrutement de collaborateurs performants, au rapprochement ou rachat d'autres structures, à la spécialisation dans un ou plusieurs domaines porteurs, comme par exemple : se spécialiser sur des produits ou des secteurs particuliers (voilier, spectacle...), nouer des partenariats, intégrer un réseau international.

- **Le point de vue d'un courtier en assurance**

Le courtier ne vend pas directement de contrats d'assurances à ses clients. Il les aide à en acheter. En cela, son rôle de conseil est essentiel. Il a une connaissance approfondie du marché de l'assurance, et se tient informé de ses évolutions.

Il aide ses clients à formuler leurs besoins et les guide dans le choix d'un contrat.

Indépendant des sociétés d'assurances, il sélectionne parmi les produits du marché les offres les mieux adaptées aux spécificités de ses clients. Dans sa pratique, il est également amené à innover en concevant des contrats sur-mesure pour répondre à des demandes particulières.

Il lance des appels d'offre auprès de sociétés d'assurances et négocie les conditions tarifaires.

Un cabinet de courtage a en général des spécialités.

Selon l'adage « on ne fait bien que ce que l'on aime », un courtier a tendance à se spécialiser dans les domaines dont il se sent proche : un tel fan de voitures de collection ou passionné d'art orientera son offre vers la garantie des risques spécifiques inhérents à ces activités.

Sens commercial, créativité reposant sur de solides connaissances juridiques, talent de négociateur, sont autant de qualités essentielles dans ce métier.

Etant aussi souvent chef d'entreprise, des qualités de managers et de gestionnaire sont alors nécessaires.

- **L'expert d'assurances**

Il existe plusieurs types d'experts en assurances qui exercent chacun leur activité dans leur spécialité : bâtiment, construction, réparation automobile, agriculture, transport aérien et maritime, médecine, objets d'art... Si certains experts travaillent au sein de sociétés d'assurances, la plupart exercent leur activité comme indépendants. Missionné par une société d'assurances ou par un assuré, l'expert est l'homme de l'art qui possède des connaissances techniques approfondies et maîtrise les règles juridiques inhérentes au contrat d'assurance et aux mécanismes d'indemnisation.

- **Le profil de l'expert d'assurances**

Vous disposez de connaissances approfondies dans un domaine particulier, acquises dans le cadre d'une expérience professionnelle antérieure. Vous êtes méthodique et avez un petit côté détective. En complétant votre cursus par une formation juridique et technique sur l'assurance et ses produits, le métier d'expert vous permettra d'exploiter et d'enrichir toutes les facettes de votre domaine de prédilection.

- **Les missions de l'expert d'assurances**

Avant la souscription d'un contrat : effectuer les expertises préalables de bâtiments, matériels industriels, objets d'art, etc., pour estimer la valeur des biens à garantir, notamment lorsque ceux-ci présentent des caractéristiques particulières.

Après un sinistre : en déterminer les causes, vérifier les circonstances et estimer le montant des dommages ou du préjudice subi, en conformité avec le contrat souscrit.

- **La formation de l'expert d'assurances**

Diplôme d'études supérieures spécifiques au domaine de compétence et respect des conditions d'accès exigées le cas échéant par la profession.

- **Quelles sont les missions du gestionnaire ?**

Analyser les engagements de la société d'assurances induits par son activité commerciale et ses résultats techniques;
Suivre les comptes d'actif et de passif, dans le cadre de la gestion globale du bilan;
Réaliser les études et les bilans sur les différents comptes de la société d'assurances en vue d'aider à la mise en place des stratégies financières;
En lien avec les directions comptables et techniques, participer à la communication financière des résultats de la société d'assurances.

- **Quelle est la formation du gestionnaire ?**

Diplômes de l'enseignement supérieur (bac+5 minimum) : école de commerce et d'ingénieur, option finance, 3^e cycle en gestion financière, diplôme d'actuaire...

- **Quelle est la rémunération du gestionnaire ?**

Salariés ayant moins de 30 ans et moins de deux ans d'ancienneté
Age moyen constaté : 26,5 ans

< 38 K€	38- 44 K€	44- 50 K€	> = 50 K€
17,2%	39,4%	15,2%	28,3%

Source : données extraites de l'enquête sur les rémunérations FFA au 31/12/2018. Rémunération des salariés appartenant aux sous-familles de métiers « Gestion financière et mobilière »

- **Quelles sont les évolutions et passerelles ?**

La pertinence de vos choix et la performance de vos résultats, ainsi que la vision macroéconomique de l'entreprise que vous aurez acquise, seront autant de leviers qui favoriseront votre évolution vers l'audit, l'investissement ou encore une direction financière. Vous pourrez également opter pour une spécialisation dans un domaine financier qui vous intéresse particulièrement.

Voici quelques exemples de fonctions vers lesquelles vous pouvez évoluer après avoir exercé pendant plusieurs années le métier de gestionnaire actif-passif.

Responsable audit interne

Directeur financier

Responsable investissement

- **L'inspecteur commercial**

Suivre les évolutions de l'environnement économique et être aux avant-postes des grands équilibres vous passionne. Vous êtes aussi créatif et fin stratège tout en sachant raison garder.

L'assurance est le secteur d'activité qui vous permettra de déployer vos talents. La masse et la diversité des actifs à gérer, la complexité des évolutions des marchés et l'importance des questions stratégiques sont autant d'ingrédients qui aiguiseront votre ambition dans ce secteur à la pointe des techniques de gestion financière.

- **Quelles sont les missions du gestionnaire ?**

Analyser les engagements de la société d'assurances induits par son activité commerciale et ses résultats techniques;

Suivre les comptes d'actif et de passif, dans le cadre de la gestion globale du bilan;

Réaliser les études et les bilans sur les différents comptes de la société d'assurances en vue d'aider à la mise en place des stratégies financières;

En lien avec les directions comptables et techniques, participer à la communication financière des résultats de la société d'assurances.

- **Le souscripteur**

Dans la chaîne des métiers de l'assurance, le souscripteur occupe une place particulière : c'est à lui que revient la décision d'accepter ou non de garantir un risque.

- **Quel est le profil du souscripteur ?**

S'appuyant sur de solides connaissances techniques et juridiques, votre aptitude à décider et à prendre des responsabilités en vous projetant dans l'avenir est un trait marquant de votre personnalité. Sens de l'analyse, esprit de synthèse, talent de négociation et aptitudes commerciales sont des qualités que vous cultivez et qui vous aident à orienter et expliquer des décisions qui engagent l'entreprise.

- **Quelles sont les missions du souscripteur ?**

Analyser le risque à partir des informations transmises par le réseau de distribution ;

Déterminer les conditions de la garantie, la tarification et le projet de contrat ;

Participer avec les commerciaux et intermédiaires (agents généraux et courtiers d'assurances) aux négociations avec les clients ;

Dans la réassurance, développer un portefeuille d'affaires avec les sociétés d'assurances cédantes.

- **Quelle est la formation du souscripteur ?**

Selon le poste proposé, et en fonction de son domaine de spécialisation, le souscripteur est généralement titulaire d'un diplôme de niveau bac+5 (écoles d'ingénieurs, 3ème cycle en droit des assurances, école supérieure de commerce ou 3ème cycle

universitaire spécialisé finances...).

A noter que certaines de ces formations peuvent se préparer en apprentissage.

• Quelle est la rémunération du souscripteur ?

Salariés ayant moins de 30 ans et moins de deux ans d'ancienneté

Age moyen constaté : 26,6 ans

< 36 K€	36- 42 K€	> = 42 K€
46,6%	29,6%	23,9%

Source : données extraites de l'enquête sur les rémunérations FFA au 31/12/2018. Rémunération des salariés appartenant à la sous-famille de métiers « Souscription des risques non standards »

• Quelles sont les évolutions et les passerelles ?

Votre rôle pivot dans la garantie des risques et votre connaissance approfondie des produits de votre entreprise vous ouvriront de larges opportunités professionnelles (inspection commerciale, marketing...).

Voici quelques exemples de fonctions vers lesquelles vous pouvez évoluer après avoir exercé pendant plusieurs années le métier de souscripteur.

Spécialiste d'un risque : grandes entreprises, construction, environnement, spatial, pertes d'exploitation, responsabilité civile, spectacles...

Souscripteur en réassurance

Grand courtage d'assurances

Préventionniste

Risk-manager

Ces métiers comportent généralement une dimension internationale.

- **Les métiers de l'informatique**

Les métiers de l'informatique et des réseaux sont essentiels dans l'assurance. Le développement du digital concerne l'ensemble des activités des entreprises du secteur : modélisation des risques, conception et tarification des produits d'assurance, marketing et commercialisation, relation avec les assurés, assistance, gestion des contrats, gestion financière, communication Internet et Extranet...

Ces activités font appel à une palette large d'expertises, avec de nombreux métiers émergents.

- **Architecture, urbanisme, sécurité et méthodes**

Métiers : architecte/urbaniste de systèmes d'information (SI), architecte applicatif, responsable sécurité SI, ingénieur qualité...

Mission : assurer la cohérence, la pérennité, la qualité et la sécurité des systèmes et données informatiques en élaborant les méthodes de conception et de développement, en concevant les architectures techniques et en développant les interfaces utiles.

- **Conception, développement et intégration des SI**

Métiers : chef de projet informatique, expert applications SI, concepteur développeur-intégrateur...

Mission : fournir à l'entreprise les outils nécessaires à son activité en concevant et programmant les solutions informatiques dans le respect des normes, architectures et procédures.

- **Production, maintenance**

Métiers : ingénieur télécommunications et réseaux, ingénieur système, administrateur de bases de données/système

Mission : garantir le bon fonctionnement et la fiabilité des systèmes, logiciels, applications et réseaux informatiques et télécoms en assurant leur installation, administration, mise en exploitation et leur suivi continu.

- **Assistance / Support aux utilisateurs**

Métiers : correspondant utilisateurs, technicien support utilisateurs...

Mission : faciliter l'appropriation et l'utilisation des systèmes, logiciels et applications informatiques au sein de l'entreprise en apportant aux salariés un appui et des conseils.

Ces métiers requièrent généralement une formation en informatique ou réseaux, de niveau bac+2 à bac+5 selon les missions (DUT, BTS, licence professionnelle, master, école d'ingénieur...).

- **Quelle est la rémunération des métiers de l'informatique et des réseaux ?**

Salariés ayant moins de 30 ans et moins de deux ans d'ancienneté

Age moyen constaté : 27 ans

<40 k€	40-46 k€	>= 46 k€
35,7%	36%	28,3%

Source : données extraites de l'enquête sur les rémunérations FFA au 31/12/2018. Rémunération des salariés appartenant à la famille de métiers « Systèmes d'information »

Les conditions d'accès et d'exercice de l'activité d'intermédiation

- **Détermination des exigences applicables : niveaux de capacité professionnelle**

Trois niveaux de capacité professionnelle (I, II et III) sont exigés en fonction des personnes habilitées à exercer des activités d'intermédiation et du caractère accessoire ou non de leur activité (C. assur., art. R. 512-8 et s.).

Lorsqu'un même intermédiaire est susceptible d'être rattaché à plusieurs catégories, il doit justifier de la compétence professionnelle la plus élevée (C. assur., art. R. 512-13).

- **Personnes concernées par le niveau I (C. assur., art. R. 512-9)**

Sont soumis aux exigences de niveau I :

- les courtiers d'assurance et agents généraux d'assurance personnes physiques, les personnes physiques qui, au sein d'une société de courtage, d'une société d'agent général ou d'un organisme de crédit ont la qualité d'associé ou de tiers dirigeant ou gérant la personne morale. Toutefois, et lorsque l'activité d'intermédiation est exercée à titre accessoire par ces personnes morales, ces exigences sont applicables à ces personnes ou à la ou les personnes physiques, au sein de la direction, à laquelle ou auxquelles est déléguée la responsabilité de l'activité d'intermédiation ;
- les salariés des entreprises d'assurance, des sociétés de courtage, des sociétés d'agent général d'assurance et des mandataires d'assurance ou des mandataires d'intermédiaires qui exercent des fonctions de responsables de bureaux de production ou qui ont la charge d'animer un réseau de production.

- **Personnes concernées par le niveau II (C. assur., art. R. 512-10)**

Sont soumis aux exigences de niveau II :

- les personnes physiques mandataires d'assurance et mandataires d'intermédiaires, les personnes physiques qui, au sein d'un mandataire d'assurance ou un mandataire d'intermédiaire, ont la qualité d'associé ou de tiers dirigeant ou gérant la personne morale. Toutefois, et lorsque l'activité d'intermédiation est exercée à titre accessoire par ces personnes morales, ces exigences sont applicables aux personnes physiques susvisées ou à la ou les personnes physiques, au sein de la direction, à laquelle ou auxquelles est déléguée la responsabilité de l'activité d'intermédiation ;
- les salariés d'une entreprise d'assurance, d'une société de courtage d'assurance, d'un agent général ou d'un mandataire non-agent et qui exercent des activités de production en dehors du siège social ou d'un bureau de production.

- **Personnes concernées par le niveau III (C. assur., art. R. 512-12)**

Sont soumis aux exigences de niveau III :

- les personnes physiques mandataires d'assurance et mandataires d'intermédiaire, les personnes physiques qui, au sein des mandataires d'assurance et des mandataires d'intermédiaires, ont la qualité d'associé ou de tiers dirigeant ou gérant la personne morale dès lors que les intermédiaires remplissent les conditions cumulatives suivantes : ils exercent l'activité de distribution à titre accessoire à leur activité professionnelle principale et présentent, proposent ou aident à conclure uniquement des contrats relatifs à des produits d'assurance constituant un complément au produit ou au service fourni dans le cadre de leur activité professionnelle et ne comportant pas de couverture de responsabilité civile ;
- les salariés d'une entreprise d'assurance, d'une société de courtage d'assurance, d'un agent général ou d'un mandataire d'assurance ou d'un mandataire d'intermédiaire qui travaillent au

siège ou dans un bureau de production, dont le responsable remplit les conditions de niveau I.

- **Récapitulatif des niveaux de capacité professionnelle et des personnes concernées**

Niveau de capacité professionnelle	Niveau 1 (C. assur., art. R. 512-9)	Niveau 2 (C. assur., art. R. 512-10)	Niveau 3 (C. assur., art. R. 512-12)
Personnes concernées	– Agent général ou courtier – Salarié responsable d'un bureau de production – Salarié chargé de l'animation d'un réseau de production	– Mandataire d'assurance ou d'intermédiaire – Salarié intervenant en dehors du siège ou d'un bureau de production	– Mandataire d'assurance ou d'intermédiaire et leurs salariés (sous les conditions visées à l'article R. 512-12) – Salariés travaillant au siège ou dans un bureau de production dont le responsable respecte les conditions de Niveau 1

- **Exigences organisationnelles des entreprises d'assurance en matière de capacité professionnelle**

La réglementation impose la mise en place de politiques internes de nature à s'assurer que les règles de capacité sont bien respectées au sein des entreprises d'assurance.

L'article L. 511-4 du Code des assurances prévoit à cet égard que les entreprises d'assurance ou de réassurance approuvent, mettent en œuvre et actualisent régulièrement leurs politiques internes et leurs procédures internes appropriées et créent en leur sein une fonction chargée d'assurer la bonne mise en œuvre des politiques et procédures approuvées et transmettent à l'Autorité de contrôle

prudentiel et de résolution, à la demande de cette dernière, le nom de la personne responsable de cette fonction.

La responsabilité des intermédiaires

- **Nécessité de garanties**

Préalablement à l'entrée en vigueur de la loi no 2005-1564 du 15 décembre 2005 (JO 16 déc.) et de ses textes d'application sur l'intermédiation en assurance, seuls les courtiers étaient soumis aux obligations d'assurance de responsabilité civile et de garantie financière.

Ces obligations étaient justifiées par le fait que l'intermédiaire courtier, commerçant indépendant et mandataire de l'assuré, engage normalement sa responsabilité en cas de faute dans l'accomplissement de son activité au regard de ses clients – assurés ou prospects – mais aussi des entreprises d'assurance et des tiers.

Or, vis-à-vis des assurés, une défaillance de l'intermédiaire courtier peut avoir des conséquences irréversibles. On relèvera notamment les cas où :

- le courtier, par suite d'une mauvaise appréciation du risque, d'un défaut de conseil ou d'une erreur administrative qui lui est imputable, laisse son client partiellement ou, plus rarement, totalement à découvert de garantie. En cas de sinistre, le préjudice de l'assuré peut être considérable;
- le courtier, indélicat dans cette hypothèse, conserve par-devers lui la cotisation au lieu de la remettre à l'assureur. Le dommage de l'assuré peut être également très important du fait, d'une part, de la disparition de la cotisation qui peut, en assurance vie ou en risques industriels, être substantielle, mais aussi si, par suite d'un sinistre, l'assuré se trouve, comme dans le cas précédent, sans couverture.

- **Quelles sont les règles de bonne conduite et conflits d'intérêts ?**

L'article L. 521-1 du Code des assurances impose aux distributeurs d'agir de manière honnête, impartiale et professionnelle et ce, au

mieux des intérêts du souscripteur ou de l'adhérent.

Ce même article pose le principe de l'interdiction de rémunération qui contrevient à l'obligation d'agir au mieux des intérêts du souscripteur ou de l'adhérent. En particulier, sont proscrites les dispositions sous forme de rémunération, d'objectifs de vente ou autre qui pourraient encourager l'intermédiaire ou son personnel à recommander un produit d'assurance particulier alors qu'un autre produit d'assurance correspondait mieux aux exigences et aux besoins du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel (C. assur., art. L. 521-1).

À la lecture de l'article L. 522-4, est regardée comme respectant ces obligations la rémunération qui :

- n'a pas d'effet négatif sur la qualité du service fourni au souscripteur ou à l'adhérent ;
- ne nuit pas au respect de l'obligation de l'intermédiaire ou de l'entreprise d'assurance d'agir d'une manière honnête, impartiale et professionnelle au mieux des intérêts de ses souscripteurs ou adhérents.

- **Quelles sont les spécificités en matière d'assurance vie ?**

S'agissant des contrats de capitalisation et de certains contrats d'assurance vie listés à l'article L. 522-1, l'intermédiaire doit également mettre en œuvre des dispositifs organisationnels et administratifs efficaces en vue de prendre toutes les mesures appropriées destinées à empêcher que des conflits d'intérêts ne portent atteinte aux intérêts de ses souscripteurs ou adhérents (C. assur., art. L. 522-1).

L'article L. 522-2 prévoit également que les intermédiaires et entreprises d'assurance prennent toutes les mesures appropriées pour détecter les conflits d'intérêts susceptibles de se poser entre eux-mêmes, y compris avec leurs dirigeants et leur personnel respectifs, avec toute personne directement ou indirectement liée à eux par une relation de contrôle, et avec leurs souscripteurs ou adhérents ou entre deux souscripteurs ou deux adhérents, lors de

l'exercice d'activités de distribution d'assurances.

Ces obligations font l'objet de précisions au règlement délégué (UE) no 2017/2359 du 21 septembre 2017 (JOUE 20 déc., no L 341).

Ce dernier prévoit une obligation de détecter les conflits d'intérêts : les intermédiaires et les entreprises d'assurance doivent évaluer si eux-mêmes, une personne concernée ou toute personne qui leur est directement ou indirectement liée par une relation de contrôle, ont un intérêt au résultat des activités de distribution d'assurances qui satisfait aux critères suivants :

- il est distinct de l'intérêt du client ou du client potentiel au résultat des activités de distribution d'assurances ;
- il peut potentiellement influencer le résultat des activités de distribution au détriment du client.

Cette situation concernera par exemple les cas dans lesquels :

- l'intermédiaire ou l'assureur ou une personne concernée est susceptible de réaliser un gain financier ou d'éviter une perte financière, au détriment potentiel du client ;
- l'intermédiaire ou l'assureur ou une personne concernée ou toute personne qui leur est directement ou indirectement liée par une relation de contrôle est incitée financièrement, ou d'une autre manière, à privilégier les intérêts d'un autre client ou d'un groupe de clients par rapport à ceux du client ;
- l'intermédiaire ou l'assureur ou une personne concernée ou toute personne qui est directement ou indirectement liée par une relation de contrôle à un intermédiaire ou une entreprise d'assurance est fortement impliqué dans la gestion ou le développement des PIA, en particulier lorsque cette personne a une influence sur la fixation du prix de ces produits ou sur leurs coûts de distribution.

- **Obligations légales et réglementaires d'information et de conseil**

L'ordonnance du 16 mai 2018 (Ord. no 2018-361, 16 mai 2018, JO 17 mai) prévoit que les distributeurs de produits d'assurance doivent agir de manière honnête, impartiale et professionnelle, au mieux

des intérêts du souscripteur ou de l'adhérent. Elle précise également que toutes les informations, y compris les communications publicitaires adressées par le distributeur de produits d'assurance à un souscripteur ou à un adhérent éventuel doivent être claires, exactes, et non trompeuses. Les nouvelles dispositions reprennent ainsi l'obligation de bonne foi qui était exigée à l'ancien article R. 520-2 du Code des assurances.

- **Informations devant être communiquées avant la conclusion d'un premier contrat d'assurance**

Le distributeur fournit les informations suivantes :

- les coordonnées et l'adresse de son service de réclamation quand il existe;
- l'indication des modalités de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du Code de la consommation. L'intermédiaire fournit également les coordonnées et l'adresse de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

Par ailleurs, l'intermédiaire indique au souscripteur ou à l'adhérent éventuel l'existence de liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance.

- **Informations devant figurer sur les correspondances et publicités**

L'article R. 521-4 du Code des assurances dispose que doivent figurer sur « toute correspondance ou publicité, quel qu'en soit le support, émanant d'un intermédiaire agissant en cette qualité », son nom ou sa dénomination sociale, son adresse professionnelle et son numéro d'immatriculation d'intermédiaire. Ces mentions s'ajoutant, le cas échéant, aux mentions complémentaires requises des autres réglementations qui seraient applicables, par exemple la nature juridique et le capital de la société, etc.

Par ailleurs, et si cette correspondance ou publicité concerne la

souscription d'un contrat auprès d'une entreprise d'assurance ou l'adhésion à un tel contrat, ou expose en vue de cette souscription ou adhésion les conditions de souscription ou de garantie de ce contrat, elle doit en outre indiquer la dénomination sociale de l'entreprise d'assurance concernée.

- **Informations sur l'indépendance juridique ou statutaire de l'intermédiaire**

Les dispositions du Code des assurances prévoient la communication d'informations destinées en particulier à permettre au souscripteur d'apprécier le degré d'indépendance juridique ou statutaire de l'intermédiaire à l'égard du fournisseur du contrat d'assurance (l'assureur).

Ces obligations peuvent différer selon les modalités d'exercice par l'intermédiaire de son activité d'intermédiation, ce qui dépend de la catégorie dans laquelle il est immatriculé. Le Code des assurances distingue à cet égard trois modalités d'exercice de l'activité d'intermédiation.

- **Obligation applicable à l'ensemble des distributeurs : réclamations**

L'article L. 521-1, I, du Code des assurances pose le principe général selon lequel les distributeurs de produits d'assurance agissent de manière honnête, impartiale et professionnelle et ce, au mieux des intérêts du souscripteur ou de l'adhérent.

- **Obligations applicables aux intermédiaires d'assurance : degré d'indépendance économique à l'égard de l'entreprise dont ils proposent les produits**

L'article R. 521-1, II, du Code des assurances impose, avant la conclusion d'un premier contrat d'assurance, une information par l'intermédiaire de l'existence de liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance.

L'article R. 521-1, alinéa 2, précise, à cet égard, que l'intermédiaire doit indiquer :

- toute participation détenue par lui, directe ou indirecte, supérieure à 10 % des droits de vote ou du capital d'une entreprise d'assurance;
- toute participation similaire d'une entreprise d'assurance dans son propre capital ou en termes de droits de vote.

En complément, tout intermédiaire qui exerce selon les modalités prévues au c) du II de l'article L. 521-2 doit également indiquer au souscripteur ou à l'adhérent éventuel le nom de l'entreprise d'assurance ou du groupe d'assurance avec lequel il a enregistré au cours de l'année précédente un chiffre d'affaires, au titre de son activité d'intermédiaire, supérieur à 33 % du chiffre d'affaires total qu'il a réalisé au titre de l'ensemble de son activité de distribution.

• Information sur la rémunération

L'article L. 521-2 du Code des assurances prévoit une obligation d'information sur la rémunération des intermédiaires. Il distingue les obligations des intermédiaires et des intermédiaires à titre accessoire.

À la lecture de l'article L. 521-2, II, du Code des assurances, l'intermédiaire à titre principal devra indiquer si, en relation avec le contrat d'assurance, il travaille :

- sur la base d'honoraires, c'est-à-dire sous la forme d'une rémunération payée directement par le souscripteur ou l'adhérent;
- sur la base d'une commission, c'est-à-dire une rémunération incluse dans la prime d'assurance;
- sur la base de tout autre type de rémunération, y compris tout avantage économique, proposé ou offert en rapport avec le contrat d'assurance;
- sur la base d'une combinaison des types de rémunération mentionnés aux a, b et c.

Il précise encore que lorsque le souscripteur ou l'adhérent doit payer des honoraires, l'intermédiaire d'assurance lui communique le montant de ceux-ci ou, lorsque cela n'est pas possible, leur méthode de calcul.

L'article L. 521-2, IV, du Code des assurances se borne, quant à lui, s'agissant des intermédiaires à titre accessoire, à indiquer que devront être fournies des informations sur la nature de la rémunération perçue au titre de la distribution du contrat.

- **Obligations applicables aux intermédiaires soumis à une obligation contractuelle de travailler avec une ou plusieurs entreprises d'assurance**

L'information devant être communiquée concerne l'existence d'une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance, autrement dit, d'un lien d'exclusivité. En effet, l'article L. 521-2 du Code des assurances impose dans cette situation que l'intermédiaire l'indique au souscripteur ou adhérent éventuel et l'informe que peut lui être communiqué, s'il en fait la demande, le nom de ces entreprises d'assurance. Cette information doit être communiquée avant la fourniture de tout contrat.

- **Informations devant être communiquées par les intermédiaires à titre accessoire**

Les articles L. 521-2 et R. 521-1 du Code des assurances prévoient également une obligation d'information limitée pour les intermédiaires à titre accessoire.

Ils disposent que ces derniers devront communiquer, de même que tout distributeur, l'adresse du service de réclamation, quand il existe, et lui indiquer les modalités de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre Ier du livre VI du Code de la consommation et les coordonnées et l'adresse de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (C. assur., art. R. 521-2, I).

- **Informations devant être communiquées par les entreprises d'assurance**

Avant la conclusion d'un contrat, l'entreprise d'assurance doit communiquer, aux termes de l'article L. 521-3 du Code des assurances, son identité, son adresse, sa qualité d'entreprise d'assurance, les procédures de réclamation et de médiation ainsi que la rémunération perçue par son personnel.

En outre et au cours de la vie du contrat, l'entreprise d'assurance devra informer le souscripteur ou l'adhérent des changements en cours de contrat.

- **Informations spécifiques relatives aux produits d'assurance-vie individuelle et de capitalisation**

L'article L. 522-3 prévoit l'obligation pour le distributeur de fournir par écrit, avant la conclusion du contrat, puis chaque année :

— l'indication de ce que l'évaluation périodique de l'adéquation aux exigences et besoins des souscripteurs et adhérents des produits d'investissement recommandés visée à l'article L. 522-6 lui sera ou non remise;

— des informations sur les contrats et les stratégies d'investissement proposées comportant des orientations et des mises en garde appropriées sur les risques inhérents à ces contrats ou à certaines stratégies d'investissement proposées;

— des informations complémentaires sur les frais et coûts de distribution, lesquels sont précisés au 3^o de l'article.

Ces informations sont présentées sous une forme aisément compréhensible, exacte et non trompeuse, de telle sorte que les souscripteurs ou les adhérents éventuels soient en mesure de comprendre la nature et les risques du produit d'investissement fondé sur l'assurance qui leur est proposée et, partant, de prendre des décisions d'investissement en toute connaissance de cause.

- **Informations spécifiques relatives aux produits dérogatoires**

La réglementation fixe également des obligations s'agissant des produits d'assurance dérogatoires visés à l'article L. 513-1 du Code des assurances.

Dans cette situation, il reste nécessaire pour l'entreprise ou l'intermédiaire d'assurance qui fait appel à un intermédiaire à titre accessoire pour la distribution de ce type de produit de s'assurer que :

- des informations soient mises à la disposition du souscripteur ou de l'adhérent éventuel, avant la conclusion du contrat, sur l'identité et l'adresse de l'intermédiaire, ainsi que sur les procédures de réclamation;
- des dispositions appropriées et proportionnées soient prises pour assurer le respect des dispositions de l'article L. 521-1 du Code des assurances pour que les exigences et les besoins du client soient pris en compte avant de proposer le contrat;
- le document d'information sur le produit d'assurance mentionné à l'article L. 112-2 (IPID) soit fourni au souscripteur ou à l'adhérent éventuel avant la conclusion du contrat;
- le souscripteur ou l'adhérent éventuel soit informé de la possibilité d'acheter séparément le bien ou le service fourni par le fournisseur.

- **Obligation d'établissement de conventions de distribution (assurance de personnes)**

L'ordonnance no 2008-1271 du 5 décembre 2008 (JO 6 déc. ; ratifiée par L. no 2009-526, 12 mai 2009, art. 138, I, JO 13 mai), applicable depuis le 1er janvier 2010, adopte directement l'une des recommandations du Rapport Delmas-Marsalet (AMF – Rapport Delmas-Marsalet relatif à la commercialisation des produits financiers, 21 nov. 2005) imposant aux producteurs et distributeurs de produits financiers et d'assurance de conclure entre eux des conventions relatives à l'élaboration et à la diffusion des documents

publicitaires de ces produits, cela afin de garantir une meilleure qualité à ceux-ci.

Pour les intermédiaires d'assurance, cette obligation est réalisée par l'article L. 132-28 du Code des assurances.

Le dispositif a pour objectif de responsabiliser les intermédiaires et les entreprises d'assurance dans la confection des documents publicitaires et à garantir la communication par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation des informations nécessaires à la bonne compréhension des produits.

- **Champ d'application de l'obligation**

L'article L. 132-28 du Code des assurances dispose que « l'intermédiaire mentionné à l'article L. 511-1 établit des conventions avec les entreprises d'assurance ou de capitalisation proposant les contrats d'assurance individuels comportant des valeurs de rachat, les contrats de capitalisation, les contrats mentionnés à l'article L. 132-5-3 et à l'article L. 441-1 et en raison desquels il exerce son activité d'intermédiation ».

Sont donc concernés par cette obligation d'établir des conventions de distribution avec les entreprises d'assurance ou de capitalisation tous les intermédiaires d'assurance, et ce quel que soit leur statut dès lors qu'ils proposent des contrats d'assurance vie comportant des valeurs de rachats, des contrats de capitalisation ou des contrats de groupe sur la vie à adhésion facultative et des régimes collectifs de retraite.

- **Contenu des conventions**

L'article L. 132-28 du Code des assurances dispose que les conventions, dont la conclusion avec l'entreprise d'assurance revient à l'intermédiaire, doit prévoir les conditions dans lesquelles celui-ci est tenu de soumettre à l'entreprise d'assurance ou de capitalisation les documents à caractère publicitaire préalablement à leur diffusion, afin de vérifier leur conformité au contrat d'assurance ou de capitalisation et, le cas échéant, à la notice ou

note d'information.

En outre, les conventions devront préciser les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition de l'intermédiaire par l'assureur les informations nécessaires à l'appréciation de l'ensemble des caractéristiques du contrat. Dès lors, le caractère inexact ou incomplet de la documentation publicitaire émise par un intermédiaire sera susceptible d'engager directement la responsabilité de l'assureur.

La libre prestation de services et le libre établissement

- **Accès au marché intérieur : Exercice de l'activité d'intermédiation en assurance en libre établissement ou en libre prestation de services**

Toutes les personnes physiques et morales qui exercent une activité d'intermédiaire d'assurance ou de réassurance sont tenues de se faire immatriculer dans leur État membre d'origine, aux conditions minimales suivantes :

- posséder les connaissances et aptitudes appropriées telles qu'elles sont déterminées par ledit État membre;
- disposer de l'honorabilité voulue;
- être couverte par une assurance de responsabilité civile professionnelle ou toute autre garantie équivalente, portant sur la responsabilité résultant d'une faute professionnelle (à raison d'au moins 1 million d'euros par sinistre et 1 500 000 euros par an globalement);
- détenir une capacité financière suffisante pour protéger les clients contre l'incapacité éventuelle de l'intermédiaire de transférer les primes aux entreprises d'assurance ou de transférer aux assurés le montant des indemnisations obtenues au titre des polices souscrites.

Ces obligations minimales garantissent un niveau de professionnalisme et de compétence. Les États membres peuvent adopter des dispositions plus strictes, qui ne s'appliqueront cependant qu'aux intermédiaires immatriculés sur leur territoire. Sur la base de leur immatriculation dans leur État membre d'origine, les intermédiaires d'assurance ou de réassurance pourront exercer leur activité dans d'autres États membres.

La directive permet aux autorités financières et à d'autres organismes de l'État membre (entreprises d'assurance ou associations professionnelles) de s'associer au processus d'immatriculation, par exemple en immatriculant les intermédiaires

d'assurance sous la supervision ou le contrôle de l'autorité compétente de cet État.

En vertu de la directive, les États membres sont tenus de veiller à ce que le public puisse accéder facilement, au moyen d'un guichet unique, aux informations ayant trait aux intermédiaires d'assurance et de réassurance immatriculés, aux autorités compétentes auprès desquelles ils sont immatriculés, ainsi qu'aux États membres dans lesquels ils exercent leur activité.

Enfin, la directive encourage les États membres à mettre en place des procédures adéquates et efficaces en vue du règlement extrajudiciaire des litiges.

La directive a été transposée en droit français par la loi no 2005-1564 du 15 décembre 2005 (JO 16 déc.), portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance et vise l'intervention en liberté d'établissement ou en libre prestation de services depuis ou vers la France.

Malgré sa transposition, l'application de la directive no 2002/92/CE a montré qu'un certain nombre de ses dispositions devaient être précisées pour faciliter l'exercice de la distribution d'assurances et favoriser l'accès aux activités de distribution d'assurances et de réassurances et leur exercice dans le marché intérieur.

Le 3 juillet 2012, la Commission européenne a publié une proposition de refonte de la Directive sur l'intermédiation en assurance. « Une concurrence non faussée, la protection des consommateurs et l'intégration du marché » sont les objectifs globaux de cette révision.

Par suite, le 30 juin 2015, un accord politique a été trouvé sur la proposition de révision de la Directive sur l'intermédiation en assurance – appelée désormais Directive sur la distribution d'assurances – à l'issue des toutes dernières négociations en trilogue entre le Conseil de l'UE, le Parlement européen et la Commission européenne.

C'est dans ce cadre que la directive sur la distribution d'assurances (DDA) no 2016/97 du 20 janvier 2016 a été publiée au Journal officiel de l'UE le 2 février 2016 ayant comme finalité et pour objet d'harmoniser les dispositions nationales relatives à la distribution d'assurances et de réassurances

Comme indiqué dans le considérant no 9 de la directive : « Il subsiste des différences substantielles entre les dispositions nationales, qui entravent l'accès aux activités de distribution d'assurances et de réassurances et leur exercice dans le marché intérieur. Il est nécessaire de renforcer encore le marché intérieur et de promouvoir un véritable marché intérieur des produits et services d'assurance vie et non-vie ».

Cette directive procède à une nouvelle harmonisation de la réglementation des États membres, de façon notamment à améliorer la transparence, la protection du consommateur et l'exercice effectif des activités d'intermédiation en assurance dans le cadre de l'Union européenne, en précisant que les États membre mettent en vigueur les dispositions législatives, réglementaires et administratives nécessaires pour s'y conformer au plus tard le 23 février 2018.

L'ordonnance du 16 mai 2018 (Ord. no 2018-361, 16 mai 2018, JO 18 mai) a introduit les articles L. 515-1 à L. 515-4 au sein du Code des assurances. Les nouvelles règles relatives à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement reprennent sensiblement les textes antérieurs en y apportant plus de précisions.

- **Exercice de la libre prestation de service**

Aux termes de l'article L. 515-1 du Code des assurances, tout intermédiaire d'assurance ou de réassurance ou tout intermédiaire d'assurance à titre accessoire immatriculé en France qui envisage d'exercer une activité pour la première fois dans un ou plusieurs États membres de l'Union européenne ou autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, en régime de libre prestation de services, doit transmettre à l'organisme qui tient le registre mentionné au I de l'article L. 512-1 du Code des assurances, c'est-à-dire l'ORIAS, les informations suivantes :

- son nom, son adresse et son numéro d'immatriculation;
- l'État membre ou les États membres dans lesquels il envisage d'exercer son activité;
- parmi les catégories d'intermédiaires, celle au titre de laquelle il entend exercer et, le cas échéant, le nom de toute entreprise

d'assurance ou de réassurance qu'il représente;
— les branches d'assurance concernées, s'il y a lieu.

Dans un délai d'un mois suivant la réception des informations, l'ORIAS communique aux autorités compétentes des États membres d'accueil les informations précitées. L'ORIAS informe par écrit l'intermédiaire que l'autorité compétente de l'État membre d'accueil a reçu ces informations et qu'il peut commencer à exercer son activité dans cet État. Le cas échéant, cet organisme indique au même moment à l'intermédiaire que les informations concernant les dispositions d'intérêt général applicables à l'activité envisagée dans l'État membre d'accueil sont publiées par les autorités compétentes de cet État, et que l'intermédiaire doit respecter ces dispositions afin de pouvoir commencer à y exercer ses activités.

En cas de changement de l'un des éléments d'information communiqués, l'intermédiaire d'assurance ou de réassurance ou l'intermédiaire d'assurance à titre accessoire en avise par écrit l'ORIAS, un mois au moins avant d'appliquer ce changement. L'autorité compétente de l'État membre d'accueil est également informée de ce changement par cet organisme dès que possible, et au plus tard un mois à compter de la date de réception de cette information.

- **Quelle possibilité pour les intermédiaires enregistrés sur le registre d'un autre État membre de l'Union européenne ?**

L'article R. 511-2 du Code des assurances prévoit la possibilité pour les intermédiaires enregistrés sur le registre d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice de leur activité de distribution d'assurances, quand ils ont préalablement notifié à l'autorité de contrôle de leur pays d'origine chargée de l'immatriculation des intermédiaires d'assurance et de réassurance leur intention d'exercer leur activité en France, ainsi que les salariés de ces personnes.

Le contrôle et les sanctions

- **Défaut d'habilitation de l'entreprise**

Toute personne présentant des opérations d'assurance et de capitalisation pour le compte d'une entreprise soumise au contrôle de l'État et non habilitée à pratiquer les opérations correspondantes sur le territoire français est passible d'une amende de 3 000 euros et, en cas de récidive, d'un emprisonnement de six mois. L'amende prévue est prononcée pour chacun des contrats proposés ou souscrits, sans que le total des amendes encourues puisse excéder 6 000 euros (C. assur., art. L. 514-2).

- **Défaut d'habilitation de l'intermédiaire – Sanctions pénales**

Toute infraction aux dispositions du chapitre 2 (« Principes généraux relatifs à l'intermédiation d'assurance ») du titre I (« Distribution d'assurances ») du livre V (« Distributeurs d'assurances ») est punie d'une peine d'emprisonnement de deux ans et/ou d'une amende de 6 000 euros (C. assur., art. L. 514-1).

Cette sanction est donc susceptible de s'appliquer aux infractions aux dispositions relatives à l'obligation d'immatriculation, aux conditions d'honorabilité, aux conditions de capacité professionnelle, à l'assurance de responsabilité civile et à la garantie financière.

- **Défaut d'habilitation de l'intermédiaire – Sanctions administratives**

Les personnes physiques ou morales exerçant une activité de distribution relèvent du contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) qui peut prononcer à leur encontre une ou plusieurs sanctions disciplinaires en fonction de la gravité du manquement :

- 1) l'avertissement ;
- 2) le blâme ;
- 3) l'interdiction d'effectuer certaines opérations d'intermédiation et toutes autres limitations dans l'exercice de cette activité ;
- 4) la suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeant(s) de l'organisme qui exerce(nt) une activité d'intermédiation ;
- 5) la démission d'office d'un ou plusieurs dirigeant(s) de l'organisme qui exerce(nt) une activité d'intermédiation ;
- 6) la radiation du registre mentionné à l'article L. 512-1 du Code des assurances (registre de l'ORIAS) ;
- 7) l'interdiction de pratiquer l'activité d'intermédiation.

Les sanctions mentionnées aux 3), 4) et 7) ne peuvent, dans leur durée, excéder dix ans.

Il est précisé que lorsque la procédure de sanction engagée peut conduire à l'application de sanctions à des dirigeants, la formation de l'Autorité qui a décidé de l'engagement de la procédure l'indique expressément dans la notification de griefs, en précisant les éléments susceptibles de fonder leur responsabilité directe et personnelle dans les manquements ou infractions en cause, et la commission des sanctions veille au respect à leur égard du caractère contradictoire de la procédure.

En outre, la commission des sanctions peut prononcer, soit à la place, soit en sus de ces sanctions, une sanction pécuniaire au plus égale à cent millions d'euros et peut assortir la sanction d'une astreinte, dont elle fixe le montant et la date d'effet (un décret en Conseil d'État devant préciser le régime de l'astreinte).

L'ACPR peut rendre publique sa décision de sanction dans les journaux, publications ou supports qu'elle désigne, les frais étant supportés par la personne sanctionnée (v. par exemple, Déc. ACAM no 2009-15, 11 mars 2009, JO 3 avr., Bulletin d'actualité Lamy Assurances, 2009, H, p. 13).

Par ailleurs, lorsque l'Autorité de contrôle a connaissance d'une infraction commise par un intermédiaire susceptible d'entraîner la radiation du registre de l'ORIAS ou lorsqu'elle fait usage de son pouvoir de sanction, elle en informe l'ORIAS (C. assur., art. L. 514-

4, I). L'ORIAS communique toute information qui lui est demandée par l'Autorité de contrôle prudentiel agissant dans le cadre de ses missions (C. assur., art. L. 514-4, II) ou communique également, à son initiative, toute information utile à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (C. assur., art. L. 514-4, III).

- **Déclaration mensongère**

Aux termes de l'article L. 521-1 du Code des assurances et sans préjudice des dispositions des articles L. 121-1 à L. 121-5 du Code de la consommation, « toutes les informations, y compris les communications publicitaires adressées par le distributeur de produits d'assurance à un souscripteur éventuel ou à un adhérent éventuel doivent être claires, exactes et non trompeuses. Les communications publicitaires doivent être clairement identifiables en tant que telles ».

En outre, l'article L. 310-28 du Code des assurances sanctionne les déclarations mensongères dans tout document porté à la connaissance du public ou de la clientèle, émis à l'occasion d'activités d'assurance. Cette disposition est susceptible de s'appliquer aux distributeurs d'assurances. Les peines prévues sont un emprisonnement d'un an et une amende de 15 000 euros.

Par ailleurs, l'article L. 132-27 du Code des assurances fixe le principe selon lequel toutes les informations, y compris les communications à caractère publicitaire (qui doivent être clairement identifiées comme telles), relatives à un contrat d'assurance sur la vie ou à un contrat de capitalisation présentent un contenu exact, clair et non trompeur.

- **Quelles sont les conditions imposées aux distributeurs ?**

La réglementation impose aux distributeurs le respect de conditions d'honorabilité et de capacité professionnelle.

- **Infractions entraînant l'incapacité d'exercer**

Les exigences prévues en matière d'honorabilité pour les personnes soumises à cette condition sont celles visées aux I à VI de l'article L. 322-2 du Code des assurances.

Seules sont prises en compte les condamnations définitives prononcées depuis moins de dix ans.

En particulier, sont visées par cet article les condamnations suivantes :

- crime, quelle que soit la peine prononcée;
- destitution des fonctions d'officier public ou ministériel;
- peine d'emprisonnement ferme, quelle qu'en soit la durée, ou peine d'emprisonnement d'au moins six mois avec sursis pour blanchiment;
- corruption active ou passive, trafic d'influence, soustraction et détournement de biens;
- l'une des infractions à la législation sur les sociétés commerciales prévues au titre IV du livre II du Code de commerce;
- banqueroute ; pratique de prêt usuraire;
- infraction à la législation et à la réglementation des relations financières avec l'étranger;
- fraude fiscale;
- l'une des infractions prévues au Code monétaire et financier;
- l'une des infractions à la législation ou la réglementation des assurances.

- **Modalités**

L'article R. 514-1, I, du Code des assurances précise les modalités de contrôle de ces conditions d'honorabilité en indiquant que pour la vérification des conditions d'honorabilité mentionnées aux I à III et V de l'article L. 322-2, l'ORIAS demande communication du bulletin no 2 du casier judiciaire de la personne intéressée au casier judiciaire national automatisé par un moyen de télécommunication sécurisé, ou de son équivalent pour les ressortissants d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur

l'Espace économique européen ainsi que pour les personnes originaires des îles Wallis et Futuna.

Cette vérification au vu du bulletin no 2 s'applique aux courtiers, agents et mandataires personnes physiques et lorsqu'il s'agit de personnes morales, aux associés ou tiers qui dirigent et gèrent l'activité de distribution ou bien encore, lorsque l'activité d'intermédiation en assurance est exercée à titre accessoire de leur activité principale, à la ou aux personnes, au sein de la direction, auxquelles est déléguée la responsabilité de l'activité de distribution.

Par ailleurs et lorsque l'activité d'intermédiation en assurance est exercée à titre accessoire de leur activité principale, cette vérification repose sur la ou les personnes, au sein de la direction, auxquelles est déléguée la responsabilité de cette activité.

L'article R. 514-1, II, du Code des assurances prévoit pour sa part que les salariés directement responsables de l'activité de distribution, notamment exerçant des fonctions de responsable d'un bureau de production ou d'animation d'un réseau de production, justifient de la condition d'honorabilité par une déclaration sur l'honneur attestant qu'ils remplissent les conditions mentionnées aux I à III et V de l'article L. 322-2, ce document étant remis à l'employeur lors de l'embauche ou de la nomination de ces salariés.

Les modes de distribution réglementés

- **Distribution et production**

La distribution et la production de l'assurance sont étroitement liées. Certains parlent même d'une inversion des cycles de production et de distribution. En effet, le coût final d'un produit d'assurance dépend non seulement des frais engagés pour sa conception et sa diffusion auprès du public, mais également du coût d'indemnisation des sinistres qui surviendront chez les souscripteurs. Ainsi, le coût du produit dépend de ses acquéreurs. En outre, à l'exception des opérations simples ou des assurances standardisées à destination du grand public, les produits d'assurance sont souvent vendus avant d'être fabriqués puisque conçus en fonction des besoins de l'acheteur.

Ainsi, les distributeurs, plus particulièrement en assurance de dommages, influencent directement les résultats financiers des entreprises, par l'importance du chiffre d'affaires. Mais ils exercent également une influence par le biais de la sélection des risques, activité commerciale qualitative recourant à des segmentations de sélections actuarielles.

- **Rôle du secteur**

Cette spécificité donne au secteur de la distribution de l'assurance un rôle tout à fait capital. Une politique commerciale qui serait uniquement quantitative accumulerait les mauvais risques, engendrant une forte sinistralité et une dégradation des résultats de nature à affecter la situation financière de l'entreprise d'assurance prestataire. À l'inverse, si elle n'était que qualitative, elle limiterait son activité à la gestion d'un portefeuille de clientèle, sujette à une forte concurrence, et n'interviendrait que pour certains produits d'assurance, ce qui restreindrait toute politique de fidélisation.

- **Particularités du secteur**

Outre ce particularisme tenant au produit lui-même, la distribution de l'assurance se distingue en de nombreux points des modes de distribution généralement rencontrés dans les autres secteurs d'activité. Cette spécificité est double. Elle concerne, d'une part, la large variété de structures et canaux qu'utilisent les entreprises d'assurance pour distribuer leurs produits et, d'autre part, le nombre restreint de formes juridiques spécifiquement réglementées que peuvent revêtir les personnes physiques ou morales proposant des produits d'assurance au public.

- **Diversité des moyens de distribution**

Le secteur de l'assurance connaît une forte diversité en matière de distribution. On y trouve une multitude de structures et de métiers : commerçants, professions libérales, travailleurs indépendants, salariés, associations, chacun exerçant l'activité à titre principal ou accessoire. On y trouve également une pluralité de liens juridiques ; l'intermédiaire est tantôt le mandataire d'une entreprise d'assurance, tantôt celui de l'assuré et même parfois des deux cocontractants.

Ainsi, l'assurance présente une diversité de combinaisons qui en fait un secteur original.

En outre, les modes et canaux de distribution varient traditionnellement non seulement selon la nature des risques garantis (assurance de dommages, assurance vie ou capitalisation), mais aussi à l'intérieur de telle ou telle catégorie de risques, selon la nature de la clientèle (particuliers ou entreprises).

- **Segmentation du marché de l'assurance**

L'assurance est largement distribuée par les distributeurs traditionnels que sont les réseaux d'agents généraux, de courtiers et de producteurs salariés.

Chaque type de canal de distribution est plus spécialement axé sur

un segment du marché de l'assurance :

- les agents généraux, largement implantés et proches des assurés, sont principalement présents en assurance des particuliers, des artisans et des petites ou moyennes entreprises;
- les courtiers sont plutôt spécialisés dans les risques d'entreprises, tant en assurance de dommages qu'en assurance de personnes;
- les producteurs salariés interviennent surtout en assurance vie individuelle. Ils représentent pour certaines sociétés un mode de distribution prédominant;
- les mutuelles sans intermédiaires sont spécialisées en assurance de dommages des particuliers et principalement en automobile et multirisques habitation. Leur développement repose sur l'offre de contrats standards gérés et distribués en direct;
- les guichets financiers (banques) occupent une part importante dans la distribution des produits d'assurance vie. Leur croissance a été forte durant les deux dernières décennies dans le domaine de la distribution des assurances de personnes. Les guichets bancaires interviennent également de plus en plus dans la distribution des produits d'assurance de dommages à destination des particuliers;
- le marketing direct, quant à lui, est également utilisé pour la distribution de produits d'assurance standards, mais reste encore marginal en termes de parts de marché.

• Rémunération des intermédiaires d'assurance

Les entreprises d'assurance rémunèrent les intermédiaires d'assurance au titre des opérations qu'elles réalisent grâce à leur intervention, sans distinguer en général selon qu'ils sont indépendants ou non, mandataires de l'assureur ou de l'assuré. Le commissionnement de ces distributeurs, salariés inclus, prévoit traditionnellement des dispositifs simples dans lesquels la rémunération est égale à un pourcentage du montant des primes ou cotisations versées par le client, sachant que depuis la directive sur la Distribution d'assurance, les incitations faites aux distributeurs ne doivent pas avoir d'effets négatifs sur la qualité du service fourni aux clients. Le contrôle qualitatif du portefeuille de contrats apportés

est plus difficile à déléguer à l'intermédiaire. En effet, celui-ci se trouverait en position d'autolimiter ses commissions d'apport en refusant et en résiliant les mauvais risques. Toutefois, les entreprises d'assurance atténuent ce conflit d'intérêts en commissionnant également les intermédiaires pour la gestion des contrats dont ils ont la charge dans le cadre de mandats de gestion. Sauf exception, ces mandats de gestion, appelés souvent délégation de gestion, au profit d'intermédiaires ne portent que sur des opérations standards ou des risques simples.

- **Rôle d'information et de conseil**

L'intermédiaire d'assurance s'inscrit dans le cadre du marché de cette prestation de services complexe qu'est l'assurance. La variété et la technicité des garanties offertes par les entreprises d'assurance imposent une information et un conseil spécifique de l'assuré pour des opérations concernant des flux financiers souvent importants.

- **Personnes autorisées à distribuer les produits d'assurance**

Seules peuvent exercer, contre rémunération, l'activité de distribution d'assurance en qualité d'intermédiaire d'assurance ou de réassurance et d'intermédiaire d'assurance à titre accessoire les catégories de personnes suivantes :

- les courtiers d'assurance ou de réassurance, personnes physiques et sociétés immatriculées au registre du commerce pour l'activité de courtage d'assurance ;
- les agents généraux d'assurance, personnes physiques ou personnes morales ;
- les mandataires d'assurance, personnes physiques non salariées et personnes morales autres que les agents généraux d'assurance ;
- Les mandataires d'intermédiaires d'assurance, personnes physiques non salariées et personnes morales ;
- les personnes physiques salariées commises par les entreprises

d'assurance ou de réassurance, les courtiers d'assurance ou de réassurance, les agents généraux d'assurance, les mandataires d'assurance ou par les mandataires d'intermédiaires d'assurance ;
– les intermédiaires d'assurance européens.

- **Activité réservée à certaines personnes**

Contrairement au principe général de valeur constitutionnelle de liberté du commerce et de l'industrie, la vente de contrats d'assurance n'est pas libre mais réservée par la loi à certaines catégories de personnes.

- **Justification de la réglementation**

De nombreux motifs justifient cette exception au principe de liberté du commerce et de l'industrie.

D'abord, l'assurance est en elle-même une opération réglementée. Dès lors, il y aurait un paradoxe à contrôler les entreprises admises à exercer cette activité « dans l'intérêt des assurés, souscripteurs et bénéficiaires », selon le libellé de l'article L. 310-1 du Code des assurances, et à laisser hors réglementation la part prépondérante de la relation entre l'entreprise d'assurance et ses assurés que constitue la vente de la prestation de services elle-même.

Ensuite, la complexité technique de l'assurance, opération abstraite dont le seul support est un engagement contractuel, suppose une compétence et une qualification reconnues à celui qui s'entremettra auprès du futur assuré.

Enfin, la sécurité de l'assuré l'impose également, puisque l'intermédiaire sera conduit à délivrer des garanties comportant des effets essentiels, non seulement sur le patrimoine de l'intéressé en assurance de dommages, de responsabilité, ainsi qu'en vie-décès et en capitalisation, mais aussi pour les personnes elles-mêmes, par exemple en accident, ou plus généralement en prévoyance. Par ailleurs, l'intérêt des pouvoirs publics à réglementer la distribution s'est encore trouvé accru avec la multiplication des assurances obligatoires.

- **Évolution de la réglementation**

Un décret était intervenu dès le 29 janvier 1965 et définissait la notion de présentation d'opérations d'assurance aux fins de préciser quels sont les intermédiaires habilités à présenter les opérations d'assurance sous réserve de dérogations limitativement énumérées. Lors de la codification des textes législatifs relatifs à l'assurance, intervenue en 1976, ces dispositions ont été intégrées dans le livre V du Code des assurances.

- **Règles relatives à la distribution d'assurance et de réassurance**

Le régime de la distribution des produits d'assurance et de réassurance a fait l'objet d'une refonte en 2016 au niveau européen et en 2018 dans le Code des assurances.

Transposant la directive européenne du 9 décembre 2002 (Dir. no 2002/92/CE, 9 déc. 2002, JOCE 15 janv. 2003, no L 9), la loi no 2005-1564 du 15 décembre 2005 (JO 16 déc.), portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance (partie législative), le décret no 2006-1091 du 30 août 2006 (JO 31 août), relatif à l'intermédiation en assurance (partie réglementaire) et les arrêtés pris en application de ces textes, fixaient jusqu'à la transposition de la directive sur la distribution d'assurances du 20 janvier 2016 (Dir. no 2016/97, 20 janv. 2016, JOUE 2 févr., no L 26), le régime de la distribution des produits d'assurance.

Cette directive sur la distribution d'assurance a fait l'objet d'une transposition en droit interne, en particulier par l'ordonnance no 2018-361 du 16 mai 2018 relative à la distribution d'assurances (Ord. no 2018-361, 16 mai 2018, JO 17 mai) qui fixe le nouveau cadre applicable aux distributeurs de produits d'assurances, parmi lesquels les vendeurs automobiles.

Cette ordonnance modifiant le Code des assurances est entrée en vigueur le 1er octobre 2018, à l'exception des dispositions relatives à la formation continue des intermédiaires d'assurance et de réassurance, applicables à partir du 23 février 2019.

Ce régime définit la notion de distribution d'assurances et de réassurances en lieu et place de l'intermédiation en assurance qui faisait auparavant l'objet de la réglementation, détermine les personnes pouvant exercer cette activité, ainsi que les conditions qu'elles doivent respecter.

À ces conditions de nature légale ou réglementaire, il est nécessaire d'ajouter les codes de conduite susceptibles d'être adoptés dans le cadre de l'article L. 310-9-1 du Code des assurances (Ord. no 2008-1271, 5 déc. 2008, JO 6 déc., rectifiée par Ord. no 2009-106, 30 janv. 2009, JO 31 janv.) et dont le non-respect pourra être sanctionné par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ainsi que, le cas échéant, d'autres règles professionnelles plus ou moins contraignantes telles que celles contenues dans le Code de déontologie des assurances de personnes (FFA) ou le Code moral du courtier (CSCA).

- **Activité de distribution d'assurances ou de réassurances**

L'article R. 511-1, alinéa 1er, du Code des assurances précise la définition de la distribution d'assurances ou de réassurances en énonçant que, pour l'application de l'article L. 511-1 (c'est-à-dire pour définir la notion de distribution d'assurances ou de réassurances), « est considérée comme présentation, proposition ou aide à la conclusion d'une opération d'assurance, le fait pour toute personne physique ou personne morale de solliciter ou de recueillir la souscription d'un contrat ou l'adhésion à un tel contrat, ou d'exposer oralement ou par écrit à un souscripteur ou un adhérent éventuel, en vue de cette souscription ou adhésion, les conditions de garantie d'un contrat ».

Par conséquent, la définition de la distribution est large puisqu'elle semble intervenir que ce soit lors du démarchage ou de la vente, quels que soient la personnalité juridique du présentateur (personne physique ou morale), la démarche commerciale (active ou passive) et le type de contrat (individuel ou collectif), dès lors qu'il relève de l'assurance ou de la réassurance.

L'acte de distribution peut donc recouvrir différents aspects :

- la réalisation de travaux préparatoires à la conclusion ou à l'adhésion à un contrat d'assurance, à condition qu'ils soient réalisés par une personne qui présente, propose ou aide à conclure (voir ci-après) ;
- la proposition d'une souscription ou d'une adhésion (même sans la recueillir) ;
- le recueil d'une souscription ou adhésion (même sans l'avoir proposée) ;
- l'exposé oral ou écrit à un souscripteur ou à un adhérent éventuel, en vue de cette souscription ou adhésion, des conditions de garantie d'un contrat d'assurance ou de réassurance.

La notion de distribution reprenant la définition de l'activité d'intermédiation, les solutions jurisprudentielles apportées avant l'entrée en vigueur du nouveau dispositif devraient être transposables. À ce titre, avant même le décret no 65-71 du 29 janvier 1965 (JO 31 janv.), intégré dans l'ancien article R. 511-1 du Code des assurances, les tribunaux s'étaient efforcés de définir l'acte de présentation : ainsi, une décision du tribunal correctionnel de Nevers (T. corr. Nevers, 23 nov. 1962, RGAT 1963, p. 320) estime que la présentation ne se borne pas à « jouer un rôle purement commercial en signalant occasionnellement ou après recherches un public assurable », mais consiste également à adapter au cas particulier du client, « avec succès ou non », les contrats d'adhésion imposés par les sociétés garantes, peu important que la sollicitation provienne de la société ou du candidat. De la même façon, relève de la présentation le fait d'intervenir dans la réalisation des contrats d'assurance et de rédiger en présence de la personne qui cherche à s'assurer tous les renseignements qui permettront d'établir le texte définitif du contrat.

• Travaux préparatoires – Audit – Conseil

L'animation ou l'organisation de réseaux d'intermédiaires, par des personnes qui ne sont pas directement en contact avec de potentiels souscripteurs, relève ainsi de la distribution d'assurance.

Selon le ministre de l'Économie (Rép. min. à QE no 111531, JOAN Q. 24 avr. 2007, p. 3949), l'activité exercée par les auditeurs et consultants en risques et assurances doit être analysée au cas par cas, afin de déterminer si l'intéressé sollicite ou recueille la souscription ou l'adhésion à un tel contrat, s'il expose à un souscripteur les conditions de garantie ou s'il propose ou aide à conclure une opération d'assurance.

- **Exclusion : gestion des sinistres**

Aux termes de l'article L. 511-1 du Code des assurances, n'est pas considérée comme de la distribution d'assurances ou de réassurances l'activité consistant exclusivement en la gestion, l'estimation et la liquidation des sinistres.

Ainsi, la personne dont l'activité consiste exclusivement à gérer et à liquider des sinistres ou encore l'expert qui les estime ne devrait pas se livrer à une opération de distribution.

- **Champ d'application de la distribution**

L'article L. 511-1 du Code des assurances ne vise dans le champ de la distribution que les « contrats d'assurance ou de réassurance », ce qui aurait pu conduire à exclure certaines opérations pratiquées par des entreprises d'assurance. Cependant, l'article R. 511-1 du Code des assurances adopte une formulation plus large en utilisant le vocable « opération d'assurance ». Or, il ressort de l'article R. 321-1 du Code des assurances que cette notion inclut non seulement l'ensemble des branches d'assurance de dommages (dont notamment les opérations d'assurance-crédit et de protection juridique) et d'assurance de personnes, mais aussi l'épargne sous forme de capitalisation et la caution.

- **Assistance**

Dès lors que l'assistance constitue une opération d'assurance, il peut être considéré que la présentation d'opérations d'assistance relève, en principe, du régime de la distribution d'assurance.

- **Réassurance**

L'article L. 511-1 du Code des assurances définit, pour sa part, sans distinction, tant la distribution d'assurances et de réassurances que le distributeur d'assurances ou de réassurances. Par ailleurs, l'article R. 511-2 du Code des assurances, fixant la liste des intermédiaires habilités, vise expressément « l'activité de distribution en qualité d'intermédiaire d'assurance ou de réassurance ». Par conséquent, les distributeurs de produits de réassurance sont soumis à la réglementation.

- **Notion de distributeurs de produits d'assurance ou de réassurance**

Le troisième alinéa de l'article L. 511-1 du Code des assurances définit la notion de distributeur, par référence à la notion de distribution, comme « tout intermédiaire d'assurance ou de réassurance, tout intermédiaire d'assurance à titre accessoire ou toute entreprise d'assurance ou de réassurance ».

L'article poursuit et définit l'intermédiaire en assurance ou en réassurance comme « toute personne physique ou morale autre qu'une entreprise d'assurance ou de réassurance et son personnel et autre qu'un intermédiaire d'assurance à titre accessoire, qui, contre rémunération, accède à l'activité de distribution d'assurances ou de réassurances ou l'exerce ». Ainsi, l'exercice de l'activité d'intermédiation en assurance ou en réassurance contre rémunération caractérise un intermédiaire d'assurance ou de réassurance.

- **Personnes visées**

La réglementation distingue les intermédiaires des intermédiaires à titre accessoire, sachant que les obligations des distributeurs d'assurances et de réassurances à titre accessoire sont allégées en matière d'honorabilité, d'information précontractuelle et de formation continue.

- **Rémunération**

La rémunération apparaît comme un critère décisif permettant de qualifier une personne de distributeur en assurance. La définition de la rémunération revêt donc une importance toute particulière puisqu'elle peut servir à déterminer la réglementation applicable. C'est pourquoi, l'article R. 511-3 du Code des assurances précise ce qu'il convient d'entendre par rémunération. Il s'agit, selon ce texte, de tout versement pécuniaire, mais aussi de « toute commission, tout honoraire, tout autre type de paiement ou avantage de toute nature, économique ou autre, proposé ou offert en lien avec des activités de distribution d'assurances » (v. également, La qualification de l'intermédiaire au regard du critère de rémunération, Lettre ACAM, 2010).

L'ACPR considère à ce titre que cette rémunération peut se présenter sous la forme de :

- commissions, d'honoraires, d'intéressement ou de tout versement pécuniaire ;
- la prise en charge par un fournisseur (assureur ou autre distributeur) de l'édition de documents d'informations, de leur distribution, d'actions préventives et de la mise à disposition de locaux à titre gratuit.

- **Exclusions – Activité accessoire**

Les personnes offrant des services d'intermédiation en assurance de manière accessoire à leur activité professionnelle principale, ainsi que les salariés de ces personnes, sont considérés comme

des distributeurs de produits d'assurance mais ne sont pas soumis aux dispositions du livre V du Code des assurances dès lors que les contrats d'assurance répondent cumulativement aux conditions suivantes.

Le contrat constitue un complément au produit ou au service fourni par un fournisseur et couvre :

- soit le risque de mauvais fonctionnement, de perte, y compris du vol, ou d'endommagement du bien ou de non-utilisation du service ;
- soit l'endommagement ou la perte de bagages y compris le vol et les autres risques liés à un voyage ;
- le montant de la prime du contrat d'assurance calculé sur une année ne dépasse pas 600 €.

Pour autant, lorsque le contrat d'assurance constitue un complément à un service mentionné ci-dessus et que la durée de ce service est égale ou inférieure à trois mois, le montant de la prime par personne ne dépasse pas 200€.

• Indicateur

La catégorie des indicateurs d'assurance est mentionnée incidemment dans le Code des assurances par une disposition relative à l'interdiction de rétrocession de commissions. Elle est également mentionnée de manière implicite à l'article L. 511-1 du Code des assurances qui énonce que la fourniture d'informations à titre occasionnel dans le cadre d'une autre activité professionnelle n'est pas considérée comme de la distribution d'assurances ou de réassurances lorsque :

- le fournisseur ne prend pas d'autres mesures pour aider à conclure ou à exécuter un contrat d'assurance ;
- ces activités n'ont pas pour objet d'aider le souscripteur ou l'adhérent à conclure ou à exécuter un contrat de réassurance.

Cette catégorie n'est pas réglementée par le Code des assurances et ne figure pas parmi les catégories de personnes habilitées à distribuer des produits d'assurance.

- **Rôle de l'indicateur**

L'article R. 511-3 du Code des assurances précise : « La disposition ci-dessus ne fait pas obstacle à la rétrocession d'une commission d'apport aux indicateurs dont le rôle se borne à mettre en relation l'assuré et l'assureur ou l'assuré et l'un des intermédiaires mentionnés à l'article R. 511-2 ou à signaler l'un à l'autre ».

Ainsi, n'est pas considéré comme effectuant une présentation d'opération d'assurance l'indicateur qui se contente de mettre en relation un client potentiel et une personne habilitée, ou de signaler l'un à l'autre.

- **Nature de l'activité d'indicateur**

Il s'agit d'une activité d'apporteur d'affaire à titre onéreux dont la pratique, en assurance, est largement répandue. Elle est le fait notamment des syndics d'immeubles, des administrateurs de biens, des banques, des experts et des concessionnaires automobiles qui recommandent une entreprise d'assurance ou un intermédiaire d'assurance à leur propre clientèle pour des produits d'assurance en lien ou non avec leurs prestations. Ce rapprochement peut encore consister à désigner un client potentiel à une entreprise d'assurance ou à un intermédiaire. L'activité d'indication est donc essentiellement une activité accessoire.

- **Distinction indication / intermédiation en assurance**

L'apparition de nouvelles formes de distribution des produits d'assurance (vente par correspondance, par téléphone, par Internet) mettant directement en relation le client potentiel et l'assureur peut rendre difficile la distinction entre indication et présentation d'opérations d'assurance. Ainsi en est-il lorsqu'une personne met à disposition d'un client un outil ou site internet et un numéro d'appel qui permettent d'établir un devis, voire un contrat, et assiste le demandeur d'assurance dans la démarche de souscription.

- **Rétribution de l'indicateur**

La rémunération de l'indicateur n'étant pas soumise aux usages du courtage d'assurance, tout litige en la matière doit être résolu sur la base des principes du droit commun des contrats.

- **Démarchage : rappel général**

Les articles L. 221-1 et suivants du Code de la consommation (C. consom., art. L. 121-16 et s., anciens) fixent plusieurs règles visant à garantir un minimum de protection aux consommateurs dans le cadre des contrats conclus à distance et conclus « hors établissement », dont la définition recouvre celle du démarchage qui figurait à l'ancien article L. 121-21 du Code de la consommation qui visait « le démarchage, au domicile d'une personne physique, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, afin de lui proposer l'achat, la vente, la location, la location-vente ou la location avec option d'achat de biens ou la fourniture de services » ainsi que « le démarchage dans les lieux non destinés à la commercialisation du bien ou du service proposé et notamment l'organisation par un commerçant ou à son profit de réunions ou d'excursions afin de réaliser les opérations définies à l'alinéa précédent ».

En effet, au regard des dispositions de l'article L. 221-1 du Code de la consommation (C. consom., art. L. 121-16, ancien), est considéré comme « Contrat hors établissement », tout contrat conclu entre un professionnel et un consommateur dans un lieu qui n'est pas celui où le professionnel exerce son activité en permanence ou de manière habituelle, ou conclu immédiatement après que le consommateur a été sollicité personnellement et individuellement dans un lieu différent de celui où le professionnel exerce en permanence ou de manière habituelle son activité, ou conclu pendant une excursion organisée par le professionnel ayant pour but ou pour effet de promouvoir et de vendre des biens ou des services au consommateur.

- **Opérations non visées**

En vertu des dispositions de l'article L. 221-2 du Code de la consommation, sont exclus du champ d'application de la section du Code de la consommation sur les contrats conclus à distance et hors établissement, « les contrats portant sur les services financiers », c'est-à-dire notamment, en vertu des dispositions de l'article L. 222-1 du Code de la consommation, les « opérations pratiquées par les entreprises régies par le Code des assurances, par les mutuelles et unions régies par le livre II du Code de la mutualité et par les institutions de prévoyance et unions régies par le titre 3 du livre 9 du Code de la sécurité sociale ».

Dès lors et de même qu'avant la loi no 2014-344 du 17 mars 2014, le démarchage de produits d'assurance est réglementé par des dispositions spécifiques.

- **Réglementation particulière du démarchage des produits d'assurance non-vie**

L'article L. 112-9 du Code des assurances réglemente le démarchage de produits d'assurance non-vie à l'exclusion des contrats d'assurance de voyage ou de bagage et des contrats d'assurance d'une durée maximum d'un mois.

Aux termes de cet article, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Cet article institue un délai de renonciation au profit des consommateurs (c'est-à-dire des souscripteurs personnes physiques ne contractant pas dans le cadre de leur activité commerciale ou professionnelle) de produits d'assurance non-vie en

excluant les contrats inférieurs à un mois et l'assurance de voyage et de bagage. Tous les contrats et les propositions afférentes à ces contrats, distribués par voie de démarchage, doivent, selon l'article précité, reproduire à peine de nullité la mention du texte du premier alinéa. En outre, ils doivent comprendre un modèle de lettre permettant facilement d'exercer la faculté de renonciation.

L'exercice du droit de renonciation dans le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat entraîne la résiliation de celui-ci à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dans cette hypothèse, le souscripteur est tenu, le cas échéant, au seul paiement de la partie de la prime correspondant à la période durant laquelle la garantie a été acquise, soit de la conclusion du contrat (sauf effet rétroactif) à la date de résiliation de celui-ci. À partir de cette résiliation, l'entreprise d'assurance dispose de trente jours pour rembourser au souscripteur le montant de la prime restante. En cas de retard, ces sommes produisent de plein droit intérêt au taux légal au profit du souscripteur. Si l'entreprise d'assurance ne rembourse pas le souscripteur dans ces conditions, celle-ci est passible d'une amende de 15 000 euros.

- **Réglementation de la distribution de produits d'assurance**

La distribution d'assurances ou de réassurances est définie comme l'activité qui consiste « à fournir des recommandations sur des contrats d'assurance ou de réassurance, présenter, proposer ou aider à conclure ces contrats ou à réaliser d'autres travaux préparatoires à leur conclusion ». Cette activité exercée contre rémunération est réservée, d'une manière générale, à plusieurs catégories de personnes.

- **Quelles sont les personnes concernées par l'activité de distribution ?**

Aux termes de l'article R. 511-2, I, du Code des assurances, six catégories de personnes peuvent exercer l'activité de distribution en qualité d'intermédiaire d'assurance ou de réassurance et d'intermédiaire à titre accessoire contre rémunération. Il s'agit des :

- courtiers d'assurance ou de réassurance, personnes physiques et sociétés immatriculées au registre du commerce et des sociétés pour l'activité de courtage d'assurance ;
- agents généraux d'assurance, personnes physiques ou personnes morales, titulaires d'un mandat ou chargées à titre provisoire pour une durée de deux ans au plus, non renouvelable, des fonctions d'agent général d'assurance ;
- mandataires d'assurance, personnes physiques non salariées et personnes morales autres que les agents généraux d'assurance, mandatées à cet effet par une entreprise d'assurance ;
- mandataires d'intermédiaires d'assurance, personnes physiques non salariées et personnes morales mandatées par une personne physique ou une personne morale mentionnée aux trois alinéas ci-dessus ;
- personnes physiques salariées commises à cet effet soit par une entreprise d'assurance ou de réassurance, soit par un intermédiaire mentionné ci-dessus ;
- intermédiaires enregistrés sur le registre d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen pour l'exercice de leur activité de distribution d'assurances, quand ils ont préalablement notifié à l'autorité de contrôle de leur pays d'origine chargée de l'immatriculation des intermédiaires d'assurance et de réassurance, leur intention d'exercer leur activité en France, ainsi que les salariés de ces personnes.

Un intermédiaire peut exercer au titre de plusieurs catégories parmi celles visées aux quatre premiers alinéas ci-dessus.

Les conseillers en investissements financiers (CIF) sont des personnes physiques ou morales exerçant à titre de profession habituelle les activités de conseil en investissement mentionnées au

50 de l'article L. 321-1 du Code monétaire et financier, de conseil portant sur la réalisation d'opérations sur les instruments financiers, d'opérations de banque, d'opérations sur biens divers ainsi que sur la fourniture de services d'investissements (C. mon. fin., art. L. 541-1). En tant que tels, les CIF ne sont donc pas habilités à présenter des opérations d'assurance (sauf à adopter le statut d'intermédiaire habilité).

- **Modalités d'exercice de l'activité**

Les modalités d'exercice des intermédiaires sont différenciées selon la catégorie à laquelle appartient l'intermédiaire. L'article R. 511-2, I, du Code des assurances précise les modalités selon lesquelles les courtiers, agents généraux et mandataires d'assurance interviennent pour l'exercice de l'activité de distribution en qualité d'intermédiaire d'assurance ou de réassurance :

- les courtiers d'assurance ou de réassurance ne sont pas soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance. Dans le cadre de l'exercice de leur activité, ils peuvent ne pas être en mesure de fonder leur analyse sur un nombre suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché, mais sont tenus, s'ils se prévalent d'un service de recommandation fondé sur une analyse impartiale et personnalisée, d'analyser un nombre suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché
- les agents généraux d'assurance sont soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance (C. assur., art. L. 521-2, II, a) ;
- les mandataires d'assurance peuvent être ou non soumis à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurance. S'ils ne sont pas soumis à cette obligation, ils exercent néanmoins leur activité sans être en mesure de fonder leur analyse sur un nombre suffisant de contrats d'assurance offerts sur le marché (C. assur., art. L. 521-2, II, a), b). Les mandataires disposent de pouvoirs limités. En effet, leur activité est limitée à la présentation, la proposition ou l'aide à la conclusion d'une opération d'assurance et, éventuellement, à l'encaissement

matériel des primes ou cotisations et, en outre, en ce qui concerne l'assurance sur la vie et la capitalisation, à la remise matérielle des sommes dues aux assurés ou bénéficiaires. Bénéficient toutefois d'une exception à cette limitation d'activité :

- * les établissements de crédit et sociétés de financement visés à l'article L. 511-1 du Code monétaire et financier,
- * les personnes « exerçant des mandats » en matière d'assurance de corps de véhicules ferroviaires, de corps de véhicules aériens, de corps de véhicules maritimes, lacustres et fluviaux, de marchandises transportées, de responsabilité civile véhicules aériens et de responsabilité civile véhicules maritimes, lacustres et fluviaux (branches 4, 5, 6, 7, 11 et 12 mentionnées à l'article R. 321-1 du Code des assurances), ainsi qu'en matière de responsabilité civile véhicules terrestres automoteurs (branche 10 mentionnée à l'article R. 321-1 du Code des assurances) pour ce qui est de la responsabilité du transporteur.

La relation avec le client

- **Quels sont les déterminants de la transformation digitale et rôle des outils numériques ?**

Sur fond d'innovations technologiques, les nouvelles attentes des clients, les nouvelles stratégies d'offre et la révolution réglementaire sont les trois déterminants majeurs de la reconfiguration des métiers de l'assurance. Ils éclairent la place et la diversité des effets produits par les outils numériques dans la transformation digitale.

- **En quoi la personnalisation et la réactivité sont au cœur des stratégies ?**

Les changements dans les attentes et comportements des clients constituent l'évolution la plus importante. Immédiateté attendue des réponses, transparence des explications, extension de la prise en charge, facilité d'accès et réduction de l'effort à consentir par le client ne sont pas des « plus qualité » de la prestation mais doivent faire partie de la version de base. Les années 2000 avaient vu les assureurs investir la maîtrise de leurs processus. Cette quête de la qualité visait l'optimisation du traitement des flux ou des délais dans une logique industrielle. L'industrialisation était ainsi centrée sur les contraintes de production de l'entreprise ; elle s'imposait largement au client et le sollicitait pour qu'il s'y adapte. L'irrésistible pression du « tout, tout de suite » oblige à renverser cette logique. Un design inversé, véritablement « client centrique », met les organisations traditionnelles sous tension et progressivement les redessine. Les activités de la relation client sont naturellement les premières affectées, mais l'onde qui les touche se répercute sur les familles du pilotage et du support et les reprofile de proche en proche. Les voies et mécanismes par lesquels ce reprofilage opère sont divers, parfois subtils. La relation assureur/ assuré se rééquilibre pour être vécue par le client de manière moins asymétrique. Pour l'assureur, il s'agit moins de « dérouler » sa procédure ou sa méthode de vente ou d'argumentation que de convaincre du bienfondé des solutions

proposées. L'attente de personnalisation place désormais au premier rang la nécessité d'écouter le client et de concevoir une réponse qui épouse la singularité de sa situation et de ses besoins. Cette forte attente de personnalisation se combine avec des réponses apportées qui doivent être toujours plus rapides, sinon immédiates. Sous des contraintes de productivité qui ne se desserrent pas, la double exigence de personnalisation et de réactivité produit des adaptations en chaîne qui, visibles ou discrètes, recomposent l'organisation, le contenu, les relations du travail, jusqu'aux identités de métier traditionnelles.

- **Des produits au système serviciel**

La révolution de l'offre dans les sociétés d'assurances.

La fréquence des contacts assureurs/assurés était traditionnellement faible. La relation se composait d'une suite d'évènements (souscription, quittance annuelle, sinistre) espacés par de longues périodes d'inactivité et de silence. Le passage d'une relation de basse intensité à une relation plus fidélisante est au cœur de la dynamique de transformation des offres. A partir d'une couverture souvent nécessaire, voire obligée pour les particuliers ou les entreprises, les assureurs veulent s'inscrire comme des partenaires de vie dans le quotidien de leurs assurés. Le contrat d'assurances devient un point d'entrée dans un univers plus vaste lié à l'usage des biens assurés, au « prendre soin » dans le domaine de la santé, ou à l'ingénierie de protection financière. Dans chacun de ces univers, l'information, la prévention, la facilitation, le conseil, l'assistance sont susceptibles d'enrichir considérablement le service. Sur fond d'innovations technologiques, les nouvelles attentes des clients, les nouvelles stratégies d'offre et la révolution réglementaire sont les trois déterminants majeurs de la reconfiguration des métiers de l'assurance. Ils éclairent la place et la diversité des effets produits par les outils numériques dans la transformation digitale.

La notion de gamme de produits/services ne parvient plus à véritablement rendre compte de l'offre de prestations des assureurs d'aujourd'hui. Pour traduire la disponibilité et la capacité des

assureurs à prendre en charge les situations des clients, il faut recourir désormais à la notion de système. Ainsi, le système d'offres de l'assureur intègre des composantes multiples et hétérogènes : gammes de produits/services de l'entreprise, prestations gérées par des partenaires, collaborateurs commerciaux en relation de face-à-face ou à distance avec les clients, et quantité d'autres ressources mises à disposition de l'assuré pour un usage autonome : applis sur smartphone, outils de self care, chatbots, simulateurs, etc. Pour les entreprises d'assurances, il s'agit de « faire rentrer » le client dans ce système et de développer des habitudes rendant pour lui « inconfortable » l'alternative d'un changement d'assureur. A ces fins, l'action commerciale incite le client à faire usage des ressources humaines et surtout digitales qu'on lui propose. Les liens que cet usage permet de développer visent autant à vendre immédiatement qu'à augmenter à l'avenir la propension à acheter. Ce système agit comme un mûrissoir : pour l'assureur comme pour l'assuré, la multiplication des contacts doit permettre de détecter, faire germer et fructifier des opportunités ignorées jusque-là. Le système est une plateforme de services. Sa promotion auprès des clients constitue une activité à part entière des équipes commerciales ; elle mobilise plus largement tous les emplois de la relation clients : vente, souscription, gestion, indemnisation. La conception du système, son développement, son suivi et son entretien rapprochent dans une interaction quotidienne les directions métiers, marketing, techniques, informatique, logistique, etc. Sa supervision financière et réglementaire enrôle les différentes familles du pilotage et du contrôle dans des boucles de suivi et d'actions correctives. Comme les lignes d'un rubik's cube, cette logique de plateforme place les activités autrefois « siloïsées » dans une interdépendance croissante. Cette interconnexion est le second déterminant majeur de la transformation des emplois et des compétences dans le secteur de l'assurance. Comme on le verra, cette tendance de fond invite chaque salarié à se convertir à une perspective transversale de son métier et à l'adoption de postures de plus en plus interdisciplinaires. On attend des collaborateurs qu'ils articulent davantage leur technique avec les usages et contraintes des autres. Plus généralement, la variété des parties prenantes qu'il faut

accorder sur des projets plus nombreux, aux délais plus contraints, oblige les entreprises à reconsidérer leurs modalités de coordination, de pilotage et de contrôle.

- **Une révolution réglementaire**

De tous temps, l'assurance et le réglementaire ont entretenu des rapports étroits. Dans le Code des assurances, les dispositions relatives aux contrats, aux entreprises ou aux intermédiaires composent la matière d'un droit spécifique. Ces dispositions étaient si anciennes qu'elles s'étaient fondues dans le paysage. Hormis quelques métiers (conception des contrats, gestion financière), ces règles étaient tellement intégrées dans les routines qu'elles ne faisaient plus guère parler d'elles. Pour tous les autres collaborateurs de l'entreprise, le droit constituait le plus souvent un simple arrière-plan de leurs activités, un ensemble d'obligations et de contraintes qu'ils avaient certainement à connaître mais rarement à actualiser. Depuis les années 2000, une inflation normative a progressivement changé la donne. Les dispositions anti-blanchiment ou la loi Sarbanes-Oxley ont ainsi marqué une avancée significative de la contrainte réglementaire. Avec ces évolutions, le droit n'était plus seulement l'affaire du pilotage financier et de la conception des produits. Ses exigences sollicitaient la vigilance des collaborateurs en charge de la relation client dans leur activité quotidienne. La sécurisation juridique de l'entreprise imposait et justifiait la mise en place et l'animation de processus de contrôle internes. Avec les sanctions pénales attachées au non-respect de ces règles, la conformité devenait une activité à part entière, dont les effectifs ne cesseront de croître par la suite.

C'est cependant l'adoption de Solvabilité 2 en 2009 qui, dans cet historique marque une véritable rupture. Quelques années plus tard, la Directive sur la Distribution d'Assurance (DDA), les dispositions du Packaged Retail Investment Products (PRIIP's), le Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) ou la norme comptable IFRS 17 parachèvent ce qui est devenu une

révolution réglementaire, avec trois caractéristiques principales :

- elle concerne l’ensemble des familles de métiers ;
- elle sollicite la vigilance de nombreux collaborateurs dans leur activité quotidienne ;
- surtout, elle produit des effets d’alignement des pratiques.

La puissance et les sanctions attachées au réglementaire lui confère un fort pouvoir structurant. Dans les activités et services qui avaient résisté à l’industrialisation, le réglementaire réussit la normalisation là où le management hiérarchique, les méthodes d’organisation ou les outils numériques avaient échoué jusqu’alors. Plutôt que de voir uniquement dans l’inflation normative l’addition de nouvelles contraintes, les entreprises ont pris le parti d’exploiter les opportunités qu’elle recèle. Si toutes les familles de métiers sont concernées par le phénomène, les effets sur la famille commerciale sont certainement les plus emblématiques. Conséquence de la DDA, la sécurisation juridique de la relation client justifie une codification (beaucoup) plus précise des opérations de vente. L’entretien de vente est davantage cadré, réduisant ainsi la dispersion des pratiques. Une normalisation qui prépare le terrain d’une nouvelle avancée de l’industrialisation avec l’aide des outils numériques.

• Quel est le rôle des outils numériques ?

Ainsi, les outils numériques ne sont pas les seuls facteurs impliqués dans la reconfiguration en cours. Leurs impacts sont cependant si déterminants qu’il est légitime de parler de « révolution digitale ». Pour être massifs, les effets des outils numériques sur les activités sont toutefois loin d’être univoques. Leurs conséquences sur le travail, l’emploi et les compétences peuvent en effet être directes ou indirectes, immédiates ou différées, contraignantes ou facilitantes, destructrices ou créatrices d’activités nouvelles. Les grands effets relevés ci-après n’épuisent certainement pas toutes les implications de la déferlante numérique.

- **En quoi les outils numériques modifient les comportements des assurés et des salariés ?**

« Anytime, anywhere, any device, any content (ATAWADAC) » : de toutes les implications du numérique pour l'assurance, c'est la modification du rapport au temps et à l'espace que les participants aux dix-sept ateliers métiers mettent le plus souvent en avant. Quelles que soient les activités marchandes, le service est de plus en plus attendu « en tout temps, en tout lieu, sur tout support, pour tout type de contenus ». Cette évolution place les assureurs face à des obligations sans précédent de disponibilité, de facilité d'accès, de fluidité et de réponse immédiate. Sur le terrain de la qualité perçue, les meilleures performances d'hier (rapidité, information client...) sont déclassées par une élévation générale des standards de service. Les efforts demandés hier à l'assuré pour s'adapter aux processus industrialisés de l'assureur lui deviennent insupportables. Ce qui vaut pour le consommateur-assuré s'applique aussi aux prestations de services internes. Les métiers supports vivent pareillement l'exigence d'une plus grande réactivité et d'une plus grande pertinence. A l'égard de l'informatique, des RH et de la formation, des métiers de l'environnement du travail et de la logistique, les attentes des salariés-consommateurs ne sont pas fondamentalement différentes de celles des consommateurs-salariés à l'extérieur de l'entreprise. Cette lame de fond diffuse de proche en proche ses effets à toutes les fonctions de l'entreprise. Elle corrode les anciennes organisations du travail et génère un nouvel agencement des activités productives. A l'ère de l'accès sans entrave, la chasse est ouverte à tout ce qui rallonge, ralentit, fait écran, irrite. Elle incite notamment à réduire le nombre d'interlocuteurs du client, à accroître les marges de manœuvre des collaborateurs, à équiper leur poste de travail de ressources qui rendent autonomes, à traquer les temps morts et les tâches trop longues ou non productives. A un moment donné cependant, cette évolution trouve sa butée dans un certain nombre de contraintes : les compétences individuelles nécessaires à cet idéal ne sont pas nécessairement disponibles, la réunion de tâches hétérogènes sur une même tête peut in fine dégrader la performance, il faut concilier la proactivité

avec la sécurisation réglementaire, etc. Le design de l'organisation et des postes de travail est ainsi le produit de la recherche permanente d'un point d'équilibre. Un compromis transitoire qui ne manquera pas de bouger rapidement, à mesure que les opportunités et contraintes se déplacent et se recombinent.

- **L'automatisation par les outils numériques**

A l'automatisation déjà ancienne des traitements s'ajoutent de nouvelles évolutions qui accélèrent la disparition des activités de nature administrative. Avec le self care, les outils numériques sont devenus également le support d'un transfert des tâches au client. Ce mouvement amorcé dans le domaine de la gestion des contrats (changements d'adresse, etc.) s'étend aujourd'hui à la gestion des sinistres. Depuis leur espace client, les assurés commencent à pouvoir déclarer des sinistres simples, déclencher la chaîne des opérations (missionnement de l'expert, rendez-vous chez le réparateur) sans qu'une intervention humaine chez l'assureur ne soit plus nécessaire. Le volume des activités d'enregistrement, d'édition, de manipulation et d'envoi de pièces se réduit. Ces tâches administratives, si emblématiques de l'assurance traditionnelle, disparaissent. Dans le domaine de la souscription, les derniers développements de l'industrialisation de la vente (signature électronique, numérisation des pièces au domicile du client) tarissent une partie des flux administratifs à la source. Les mêmes phénomènes s'observent pour les métiers du support ou du pilotage. Dans le domaine RH, au moyen d'outils internes, les salariés de l'entreprise absorbent une part croissante des tâches de gestion du personnel. De l'Actuariat (famille 1) au Pilotage et gouvernance d'entreprise (famille 15), dans toutes les familles de métiers, tout un pan d'activités traditionnelles de gestion est en train de disparaître.

- **Quel intérêt des outils numériques dans la relation client ?**

La facilité des communications bouleverse l'organisation, l'espace et la temporalité de l'activité collective. Elle inscrit le travail de chacun dans un réseau d'interactions plus dense et l'oblige à davantage prendre en compte le problème des autres. Si les outils numériques simplifient la communication, c'est aussi, d'un certain point de vue, pour rendre le travail plus complexe. Loin de la protection des silos, les pratiques s'exposent davantage aux risques des feed-back, de l'évaluation et de la critique. Chacun peut interpeller autrui comme il est lui-même interpellé par les autres. Cette complexité est dans le même temps source d'apprentissage. Les nouveaux questionnements remettent en cause les habitudes et stimulent le développement de nouvelles pratiques. Ce faisant, les outils numériques modifient les arènes de jugement du travail. De ce fait, c'est aussi la question de la reconnaissance qui est de nouveau posée.

- **Quels sont les degrés de libertés offerts par les outils numériques ?**

La facilitation de la coordination collective a pour corollaire la levée de certaines contraintes qui entouraient jusque-là l'organisation spatiale et temporelle du travail. La diffusion du télétravail (Cf. les statistiques publiées dans le ROMA 2018) témoigne de l'intérêt des salariés pour réaliser certaines activités depuis leur domicile. Le télétravail, au sens légal, ne rend cependant pas compte de toutes les formes de travail qui s'effectuent à partir d'un autre lieu que celui de son domicile. Si l'on définit le travail non plus selon la localisation du site où exerce le salarié, mais en fonction de celui où se trouvent les interlocuteurs que ce collaborateur manage, anime ou coordonne, nul doute alors que le travail à distance fait déjà partie pour beaucoup de salariés de leur pratique ordinaire. Certaines tâches mises à part, il devient concevable que des salariés exerçant dans des sites spécialisés et relativement isolés puissent échapper à une assignation à résidence professionnelle. Ils pourraient alors

évoluer vers d'autres activités en travaillant pour d'autres sites, sans la contrainte d'une mobilité géographique.

- **En quoi les outils numériques induisent des activités nouvelles ?**

Dans le même temps qu'ils peuvent remettre en cause certains emplois, les outils numériques mettent les salariés en capacité d'investir des activités nouvelles. Par exemple, les indemniseurs auraient beaucoup de mal à développer l'indemnisation en gré à gré si des simulateurs du coût des réparations ne les aidaient à faire une proposition à l'assuré. L'intervention active des gestionnaires dans la lutte contre la fraude resterait pareillement un vœu pieu si l'analyse des données et l'intelligence artificielle ne venaient demain les équiper d'outils pour intervenir efficacement et plus systématiquement dans ce domaine. Qu'il s'agisse de vendre, de coordonner, de piloter, d'accompagner, de contrôler ou de conseiller, les outils numériques recèlent un potentiel d'activités nouvelles à valeur ajoutée qui, pour l'essentiel, restent à identifier et à transformer.

- **Comment s'adapter à la digitalisation ?**

Avec le réglementaire, l'immédiateté et l'interdépendance sont deux déterminants essentiels de la transformation digitale. Sous ces contraintes, des contributeurs plus nombreux et plus divers doivent s'accorder efficacement pour produire une performance ensemble. Le problème de la coordination est le défi organisationnel majeur qui structure la révolution digitale. Il génère des mécanismes d'adaptation par lesquels les individus, les équipes ou l'entreprise dans son ensemble s'ajustent à cette nouvelle donne. Au travers des échanges en ateliers, nous avons ainsi relevé sept grands moyens par lesquels les acteurs tentent de rendre leur coordination plus efficace et plus efficiente.

- **Quels sont les outils pour rendre les collaborations plus performantes ?**

Une première manière de rendre la coordination efficiente est de réduire le nombre d'interactions entre les intervenants et/ou le temps qu'elles nécessitent. Le rôle de nouveaux dispositifs et instruments est de permettre à des clients ou à des collaborateurs de trouver des réponses sans que celles-ci consomment du temps-homme et des ressources humaines. C'est le sens du self care qui met des ressources à la disposition des clients pour qu'ils fassent les choses par eux-mêmes. Cette logique qui était d'abord apparue dans la gestion des contrats commence à diffuser pour la prise en charge des sinistres simples. Plus récemment, le développement des chatbots et de l'intelligence artificielle ajoute aux possibilités d'obtenir des réponses sans qu'une coordination vivante avec les salariés de l'entreprise soit requise. Ces applications dans le domaine de la coordination externe ont leur pendant en interne. Avec les outils digitaux, les informations et prestations RH de premier niveau sont de plus en plus accessibles selon ce mode. De la même manière, quand les ressources deviennent en libre-service sur une plateforme, une partie croissante de la formation ne demande plus ce travail de coordination que l'organisation d'un stage nécessitait autrefois.

- **Comment faire absorber un poste par de nouvelles tâches ?**

Il est plus facile de se coordonner avec soi-même qu'avec les autres. Une autre manière de rendre la coordination inutile est de réunir « sur une même tête » des tâches qui requéraient par le passé des interventions multiples. Dans cette configuration, un poste de travail va progressivement absorber des tâches qui étaient jusque-là accomplies par d'autres. L'exemple le plus emblématique, même s'il est déjà ancien, est la réabsorption d'une grande part du travail administratif (frappe, agenda...) des anciennes secrétaires par les managers et leur équipe. La période récente voit la multiplication de glissements de ce type. A la place des coûteux va-

et-vient entre la vente et la production, le commercial désormais équipé des outils digitaux assure la complétude du dossier avec une intervention des gestionnaires de contrats de plus en plus réduite. Dans leurs dialogues avec les commerciaux, les souscripteurs en risques d'entreprises, doivent de plus en plus porter et résoudre à leur niveau la contradiction entre le développement du chiffre d'affaires et le respect des règles techniques. L'activité d'indemnisation a cessé elle aussi d'être une activité seulement technique pour devenir un exercice commercial. La « vente du règlement » par les indemnificateurs d'aujourd'hui ouvre logiquement la voie à la vente de garanties et de services demain. Plutôt qu'un renvoi vers le commercial, l'efficacité pousse à ce que l'indemnisateur ne temporise pas et transforme immédiatement l'opportunité qui émerge d'un sinistre, d'une conversation, d'un moment.

- **Comment acquérir une meilleure connaissance des autres ?**

S'il faut se résoudre à interagir ensemble, mieux se connaître les uns les autres peut constituer un investissement utile. L'interdépendance qui caractérise la transformation digitale pousse au développement d'une culture générale et opérationnelle du métier... des autres. Cette culture transversale est la condition pour rendre la collaboration plus efficiente (moins de temps passé à se comprendre) et surtout plus créative. Il s'agit pour les salariés des services « prestataires » de développer une connaissance plus intime et de s'approprier les enjeux du métier de leurs partenaires. Dans ce mouvement, le « fournisseur » adapte ses ressources selon les potentialités de performance qu'elles recèlent pour le « client ». Dans cette perspective, il ne suffit pas de répondre à ses demandes pour être quitte. L'exercice de ce conseil engagé va jusqu'à investir des problématiques business que le partenaire peut ignorer. C'est à partir de cette base que des démarches proactives peuvent être conçues et des solutions inédites proposées. Ainsi, l'activité du Pilotage économique, comptable et financier ne se limite pas à la production d'états chiffrés. Elle consiste de plus en plus à

rentrent dans des dialogues collaboratifs avec les responsables des métiers pour articuler leurs enjeux propres avec les objectifs financiers de l'entreprise. De fait, les prévisions, scénarios, arguments qui nourrissent ces dialogues ont besoin de s'inscrire dans une connaissance plus fine du métier pour être crédibles. Les observations et réactions qu'ils suscitent enrichissent en retour l'exploitation des données et la pertinence des analyses qui suivront. Dans l'exemple de cette fonction, cette appropriation des enjeux de ses clients n'implique pas moins qu'un changement radical de posture. Dans un autre domaine, après l'informatique prescriptive d'hier qui matricait les processus métiers, l'époque est aujourd'hui à la mobilisation des ressources qui se mettent à leur service. En appui de la reconfiguration de certains postes et de la diffusion de nouvelles méthodes, une culture accrue des métiers est nécessaire aux directions informatiques pour devenir véritablement client centrique.

- **L'évolution de la relation client**

Depuis une vingtaine d'années, la gestion des contrats poursuit une mue qui l'a détachée d'une activité administrative de back office. Dans les centres de relation client, ces opérations sont désormais réalisées au contact direct de l'assuré, souvent de manière interactive. Disponibilité et proximité font évoluer ces métiers vers un rôle plus large de conseil et d'accompagnement sur la couverture d'assurances. Cela se traduit sur le marché des particuliers par une implication croissante des conseillers dans la proposition et la souscription de nouvelles garanties, le reversement de capitaux sur des contrats d'épargne, etc. Au terme de ces évolutions, il deviendra plus difficile de distinguer dans ce domaine les opérations d'assurance de la vente sédentaire.

- **La numérisation et la décentralisation des chaînes de gestion de l'assurance**

Les technologies de l'information, couplées avec les méthodes du Lean management, ont conduit à une rationalisation des chaînes de gestion. L'automatisation des tâches administratives libère un temps réinvesti dans la relation avec le client et dans sa prise en charge. La transformation digitale accélère cette tendance. Après l'optimisation interne, les activités de gestion commencent à se déployer à l'extérieur de l'entreprise. En effet, les outils digitaux du self care mettent les clients en capacité d'accéder à des informations ou d'enregistrer eux-mêmes tout ou partie de certaines opérations d'assurance. Le transfert des tâches les plus simples concentre l'activité vers une valeur ajoutée relationnelle en appui du traitement des questions les plus complexes.

- **Une posture proactive sur les marchés de l'entreprise**

Sur le marché des entreprises, la qualité et la réactivité des « services de gestion » sont devenues des composantes à part entière de l'offre d'assurance. A l'exigence de maîtrise technique et administrative s'ajoute la disponibilité et l'agilité que l'on attend aujourd'hui d'un prestataire de services. En assurance de biens et de responsabilités, comme en retraite, santé et prévoyance collectives, le management des opérations requiert de passer de la gestion des contrats à une posture de soutien et d'accompagnement de ses correspondants chez les partenaires (agents, courtiers...) ou dans les entreprises clientes.

Les informations à donner au client : information précontractuelle, information contractuelle, informations à produire par l'intermédiaire

- **Obligation d'information et intermédiaires**

Les contrats d'assurance peuvent être commercialisés par différents intermédiaires d'assurances : agent général d'assurances, courtier d'assurances ou de réassurance, mandataire d'assurances, mandataire d'intermédiaire d'assurances. Ces intermédiaires ont des obligations d'information et de conseil vis à vis de leurs clients.

- **Les intermédiaires d'assurances : courtiers, agents et mandataires**

Depuis le 30 avril 2007, tout intermédiaire d'assurances doit être immatriculé et inscrit sur un registre, y compris les intermédiaires européens habilités à exercer sur le territoire national.

L'Organisme pour le Registre unique des Intermédiaires en Assurance, Banque et Finance (Orias) est chargé de la tenue de ce registre qui peut être consulté sur le site Internet de l'Orias. Ce dispositif permet notamment aux assurés de vérifier que les intermédiaires auxquels ils ont recours sont bien immatriculés.

- **Le courtier d'assurances ou de réassurance**

Le courtier d'assurances a le statut de commerçant. C'est une personne physique ou morale. Il n'est pas lié par une exclusivité contractuelle à une ou plusieurs entreprises d'assurances. Il agit pour le compte de ses clients et, en cas de faute, il engage en principe sa responsabilité professionnelle. Pour vendre des contrats d'assurance, le courtier a l'obligation de souscrire une assurance de responsabilité civile professionnelle et de justifier d'une garantie financière auprès d'une banque ou d'une société d'assurances.

- **L'agent général d'assurances**

L'agent général d'assurances est une personne physique ou morale qui exerce une profession libérale. Il a signé un mandat exclusif avec une ou plusieurs entreprises d'assurances.

Il représente sur le terrain la société d'assurances dont il engage la responsabilité.

Dans certains cas, l'agent général peut vendre des contrats d'assurance pour le compte d'autres sociétés d'assurances que celles qu'il représente. Il agit alors en dehors de son mandat d'agent général et sous sa propre responsabilité.

- **Le mandataire d'assurances**

Le mandataire d'assurances est une personne physique non salariée ou une personne morale, autre qu'un agent général d'assurances, mandatée par une entreprise d'assurances avec ou sans lien d'exclusivité contractuelle.

- **Le mandataire d'intermédiaire d'assurances**

Le mandataire d'intermédiaire d'assurances est une personne physique ou morale mandatée par un courtier d'assurances ou de réassurance, un agent général d'assurances ou un mandataire d'assurances. L'intermédiaire pour le compte duquel il agit répond des fautes qu'il pourrait commettre dans l'exercice de son mandat.

L'activité des mandataires d'assurances et des mandataires d'intermédiaire d'assurances est limitée à l'apport et éventuellement à l'encaissement des cotisations ainsi que, en assurance vie, à la remise des fonds aux assurés ou bénéficiaires. Elle exclut la gestion des contrats d'assurance et le règlement des sinistres.

- **Les obligations d'information et de conseil des courtiers, agents et mandataires d'assurances**

Les intermédiaires d'assurances ont l'obligation de donner des informations et conseils à leurs clients.

Avant la conclusion d'un contrat d'assurance, l'intermédiaire d'assurance doit communiquer au client l'ensemble de ces informations par écrit, de façon claire et compréhensible.

A la demande du client ou lorsqu'une garantie immédiate est nécessaire, ces informations peuvent toutefois être données oralement. Dans ce cas, elles sont obligatoirement fournies par écrit juste après la conclusion du contrat.

- **Les informations dues au client**

L'intermédiaire d'assurances doit indiquer à tout nouveau client :

- son nom ou sa dénomination sociale et son adresse professionnelle ;
- son numéro d'immatriculation au registre de l'Orias, ainsi que les moyens permettant au client de vérifier l'immatriculation ;
- s'il détient une participation, directe ou indirecte, supérieure à 10 % des droits de vote, au capital d'une entreprise d'assurances ;
- si une entreprise d'assurances ou l'entreprise mère d'une entreprise d'assurances détient une participation, directe ou indirecte, supérieure à 10% des droits de vote, au capital de sa société ;
- les coordonnées du service de réclamation s'il existe, ainsi que celles de l'ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution).

En outre, les courtiers d'assurances qui fournissent un conseil fondé sur une analyse des différents produits commercialisés doivent également indiquer au client, le cas échéant, le nom de l'entreprise d'assurances ou du groupe d'assurances ayant généré plus de 33 % de leur chiffre d'affaires de l'année précédente.

Ces informations ne concernent que les nouveaux clients.

Toutefois, en cas de changement affectant l'une de ces informations, l'intermédiaire d'assurances doit informer l'ensemble

des assurés à l'occasion du renouvellement ou de la modification de leurs contrats, ou bien lors de la souscription d'un nouveau contrat.

L'intermédiaire d'assurances doit indiquer au souscripteur éventuel, qu'il s'agisse d'un ancien ou d'un nouveau client, s'il est soumis ou non à un lien d'exclusivité avec une ou plusieurs sociétés d'assurances et/ou s'il déclare fonder ses conseils sur une analyse des différents produits commercialisés. Dans ce cas, il est tenu d'analyser un nombre suffisant de produits offerts sur le marché de façon à recommander le plus adapté aux besoins du client.

Si l'intermédiaire est soumis à un lien d'exclusivité avec une ou plusieurs entreprises d'assurances, le client peut demander à en connaître le ou les noms.

Dans le cas où l'intermédiaire n'est pas soumis à un lien d'exclusivité mais n'est pas en mesure de fonder ses conseils sur une analyse des différents produits commercialisés, son client peut demander à connaître le nom des entreprises d'assurances avec lesquelles il travaille.

Les intermédiaires d'assurances doivent également préciser :

- les besoins et exigences exprimés par le souscripteur éventuel ;
- les raisons motivant le conseil fourni quant à un contrat déterminé.

S'agissant de l'assurance vie, les intermédiaires d'assurances doivent également, depuis le 1er juillet 2010, s'enquérir plus spécifiquement de la situation financière du client ainsi que des connaissances et de l'expérience de celui-ci en matière financière.

Si le client ne donne pas ces informations, l'intermédiaire doit le mettre en garde.

Le conseil adapté, la formalisation, le suivi du client

- **Qu'est-ce que le devoir de conseil ?**

Le devoir de conseil est une obligation juridique primordiale pour l'assureur et la clé d'une relation fructueuse. Formalisé principalement pour les intermédiaires, il doit cependant être considéré comme pesant sur tous ceux qui présentent des opérations d'assurance.

- **Distinction avec l'obligation d'information**

L'objet de l'obligation d'information de l'assureur se limite à la remise de documents précontractuels au souscripteur. Elle ne permet pas de garantir une bonne compréhension de la teneur de l'information documentaire par le souscripteur. C'est pour cette raison qu'un devoir de conseil est mis à la charge du professionnel de l'assurance. Ce devoir ne disparaît pas à la conclusion du contrat.

- **Devoir de conseil**

Dans une optique libérale, le devoir de conseil permet d'assurer un équilibre contractuel entre l'assureur, et son contractant dont l'ignorance s'étend avec la diversité et la complexité des produits proposés. Ce devoir de conseil serait également un instrument de la justice sociale.

Du point de vue solidariste, ce devoir peut être utilisé dans une optique d'intérêt général en ce qu'il permet, à la fois de prévenir des situations souvent désastreuses pour le consommateur.

Le devoir de conseil implique de fournir toutes les informations de nature à permettre au souscripteur ou à l'adhérent de choisir des garanties adaptées aux risques à couvrir et de vérifier si le contrat proposé correspond aux besoins du candidat à la souscription. Le conseil doit être fortement personnalisé et non fourni au regard d'une situation standard.

Le conseil peut porter sur l'utilité et l'opportunité de la souscription de l'assurance (Civ. 1re, 10 décembre 1991, n° 89-12.044).

L'attention du souscripteur doit être attirée sur l'intérêt de conclure ou non une assurance.

Concrètement, le respect du devoir de conseil oblige le professionnel de l'assurance de :

- s'informer avec précision des risques courus par le souscripteur et dont il souhaite la garantie ;
- permettre la conclusion d'un contrat couvrant de tels risques ;
- prendre en compte les besoins, les attentes, les capacités et les qualités du souscripteur ou adhérent.

Le devoir de conseil dépend des informations fournies par le client. En cas d'insuffisance, l'assureur ou l'intermédiaire est tenu d'un devoir de mise en garde.

• Devoir de mise en garde

La mise en garde est l'aspect négatif du conseil. Le devoir de mise en garde consiste à attirer l'attention de ce cocontractant sur les dangers présentés par l'opération envisagée. L'article L. 132-27-1 du code des assurances précise que l'assureur doit mettre en garde le souscripteur d'un contrat vie ou capitalisation s'il n'a pas fourni les informations demandées par l'assureur sur lesquelles ce dernier construit son conseil.

L'information de l'assureur doit porter sur les risques certains ou probables, c'est-à-dire ceux dont l'expérience professionnelle permet d'affirmer qu'ils sont déjà réalisés, qu'ils se réaliseront, ou qu'ils ont une forte probabilité de se réaliser. Il peut aussi porter, dans certains cas, sur des risques probables liés à la nature même de l'opération envisagée.

- **Forme**

Le devoir de conseil constitue une obligation de moyens. De ce fait, il appartient au débiteur de rapporter la preuve du respect de son obligation. L'écrit constitue le moyen de preuve visé par l'article R. 520-2 pour les intermédiaires d'assurance et par l'article R. 132-27-1-1 pour les assureurs en vie et capitalisation.

- **Quels sont les limites du devoir de conseil ?**

Les limites subjectives.

L'assureur ou l'intermédiaire doit varier l'intensité du devoir de conseil en fonction de la compétence du souscripteur. Ses qualités personnelles et professionnelles doivent être prises en compte. L'assureur n'est pas tenu de conseiller le souscripteur ou l'assuré lorsque celui-ci est en mesure, à la simple lecture de la police et de l'avenant qu'il signe, de connaître les conditions précises du contrat (Civ. 1re, 13 mai 2003, n° 00-15.266). Par ailleurs, il a été jugé qu'un ancien élève à la fois de l'Ecole Nationale Supérieure, de l'IEP de Paris et de l'ENA, agrégé de sciences physiques et qui avait bénéficié de plusieurs semaines de réflexion sur la portée du contrat d'assurance vie en sa possession n'est pas fondé à reprocher à un intermédiaire le manquement au devoir de conseil (Civ. 1re, 18 février 2003, n° 99-17.619).

Limites objectives.

Le conseil de l'assureur doit reposer sur les éléments d'information communiqués par le souscripteur éventuel. Sa responsabilité n'est nullement engagée en présence d'une fausse déclaration du client. L'obligation de conseil doit être circonscrite à la seule opération d'assurance, elle ne s'étend pas aux circonstances qui excèdent le cadre de l'opération proposé (Civ. 1re, 5 juillet 2006, n° 05-13.580).

- **Sanction de l'inexécution du devoir de conseil**

En cas de violation du devoir de conseil, l'assureur ou l'intermédiaire engage sa responsabilité civile. Le candidat à l'assurance peut obtenir des dommages et intérêts en réparation du préjudice dû à ce manquement.

Le préjudice devant être invoqué par le créancier du devoir de conseil est la perte de chance de souscrire une garantie adaptée à ses besoins (Civ. 2e, 8 mars 2012, n° 11-13.521).

La survenance et la gestion de l'événement garanti

- **Survenance de l'événement garanti**

Un risque assurable par une société d'assurances doit être aléatoire, futur (pas de rétroactivité), licite (non contraire à la loi), involontaire (indépendant de la volonté de l'assuré), réel (le bien assuré doit exister), suffisamment courant pour pouvoir calculer sa probabilité, sans être trop courant, au point d'être quasi certain, car alors il ne pourrait être couvert qu'à un tarif prohibitif.

L'aléa est le caractère principal de tout contrat d'assurance, et définit donc la notion de risque assurable. L'aléa peut porter sur la survenance ou la non survenance d'un événement (par exemple le vol), mais aussi sur la date de réalisation d'un événement certain (par exemple en assurance décès).

La protection du consommateur

- **Protection du consommateur et DDA**

Pour renforcer la protection des consommateurs assurés, une directive européenne sur la distribution d'assurances (vente d'assurances), DDA, a été adoptée le 20 janvier 2016. Transposée en France, elle est entrée en vigueur le 1er octobre 2018.

Elle aborde 5 grandes thématiques, dont certaines concernent directement les consommateurs :

- la capacité professionnelle (formation des personnes qui vendent des produits d'assurance),
- le devoir de conseil,
- l'information et la transparence,
- la rémunération et les conflits d'intérêts,
- la gouvernance et la surveillance des produits.

- **Les mêmes règles de protection s'appliquent à tous les canaux de vente**

La nouvelle réglementation a un champ d'application plus étendu que la précédente. En effet, elle propose une protection équivalente pour tous les canaux de distribution (article L. 511-1 du code des assurances).

- **L'information et la transparence dans la vente du contrat sont renforcées**

La directive prévoit qu'un certain nombre d'informations doivent être fournies aux clients par les entreprises d'assurances et par les intermédiaires, notamment leur identité, leur adresse, en quelle qualité ils agissent, etc. (article L. 521-3 du code des assurances). L'intermédiaire en assurance (agent, courtier) doit préciser

comment il se rémunère sur la vente du contrat d'assurance (s'il touche une commission, par exemple), sa participation ou non au capital d'une entreprise d'assurances, etc. (article L. 521-2, II, 2° du code des assurances). Il doit également indiquer : s'il fonde ses conseils sur une analyse impartiale et personnalisée ; s'il est soumis ou non à une obligation contractuelle de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurances. Dans ce cas, il doit communiquer le nom de ces entreprises.

- **L'amélioration du devoir de conseil avant la souscription du contrat d'assurance**

La directive instaure le recueil des exigences et des besoins du client par le distributeur de produits d'assurance. Il doit s'assurer que le contrat proposé est cohérent avec les informations qu'il a recueillies (article L. 521-4 du code des assurances).

Avant la conclusion d'un contrat, le distributeur d'assurance doit fournir au client les informations pertinentes sur le produit d'assurance sous une forme compréhensible afin de lui permettre de prendre une décision en connaissance de cause. Et en cas de fourniture d'un service de recommandation personnalisée (service facultatif), il devra lui expliquer pourquoi, parmi plusieurs contrats ou plusieurs options au sein d'un contrat, un ou plusieurs contrats ou options correspondent le mieux à ses exigences et à ses besoins. L'une des grandes nouveautés de cette réglementation est l'obligation pour le professionnel de remettre, pour les contrats d'assurance non-vie (assurances de dommages, de responsabilité civile, affinitaires, etc.), un document d'information normalisé sur le produit d'assurance avant la souscription dudit contrat. Ce document est communément appelé IPID (Insurance product information document).

Cette obligation a été codifiée à l'article L.112-2 alinéa 4 du code des assurances « Avant la conclusion d'un contrat d'assurance portant sur un risque non-vie, le distributeur fournit au souscripteur ou à l'adhérent un document d'information normalisé sur le produit d'assurance élaboré par le concepteur du produit, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat ».

Ce document est établi par le concepteur du produit d'assurance en suivant un format prédéterminé, dont une forme normalisée a été

annexée au règlement d'exécution de la directive de 2016 suivi d'un avis du CCSF (Comité consultatif du secteur financier) du 7 décembre 2017. L'IPID doit être fourni sur support papier, durable (par exemple, un document PDF adressé par mail) ou directement sur le site Internet de l'entreprise d'assurances, d'une manière claire et précise, compréhensible pour le client. Le choix doit être laissé au client qui préférerait recevoir les documents sur un support papier (par exemple, sous forme d'une case à cocher présente sur le formulaire de souscription).

En matière de produits d'investissements tels que des contrats de capitalisation et des contrats d'assurance-vie, des informations complémentaires spécifiques doivent être fournies au client. Par exemple, l'intermédiaire devra expliquer les stratégies d'investissement proposées ou l'informer sur tous les coûts et frais liés au produit (article L. 522-3 du code des assurances).

- **La protection du consommateur dans le secteur de l'assurance multirisque habitation**

La DGCCRF a évalué les pratiques des réseaux de distribution de l'assurance multirisque habitation en enquêtant sur l'information précontractuelle, le processus de commercialisation, les principales caractéristiques des contrats d'assurances, la mise à disposition d'un numéro non surtaxé et la documentation commerciale.

Contexte concurrentiel

Les nombreux acteurs historiques du marché de l'assurance multirisque habitation (sociétés d'assurance mutuelles, courtiers et agents des compagnies d'assurances) dominent encore ce secteur, bien que les bancassureurs l'intègrent notamment par le biais de négociations de crédits immobiliers. La concurrence s'établit actuellement plutôt sur les prix que sur les garanties, en raison du contexte économique et de la hausse des primes d'assurance.

Processus de commercialisation

Pour identifier les besoins du client et déterminer son profil, les agents commerciaux mènent un entretien en renseignant une interface informatique conçue par le siège de leur compagnie. À partir des principales caractéristiques du bien, facteurs aggravant

ou atténuant les risques, l'interface élabore des propositions et calcule les primes. Le tarif communiqué au client est le plus souvent global, le tarif d'une option spécifique étant rarement spécifié à ce stade.

Le consommateur peut négocier dans une certaine mesure les garanties en modulant les options et les montants des franchises, cependant la diminution d'un tarif peut entraîner l'augmentation d'une franchise ou la modification de l'étendue d'une garantie.

Caractéristiques du bien analysées

Type de résidence (principale, secondaire, locative) et de logement (maison, appartement), année de construction, superficie, nombre et superficie de pièces, situation géographique, valeur des objets possédés (dont les objets de valeur), matériaux de construction...

Contenu des offres

Les assureurs proposent des formules de base modulables par des options. Quelle que soit la formule proposée, les contrats offrent toujours des garanties de base sachant que les garanties optionnelles ne peuvent être souscrites indépendamment des formules.

Contrôles réalisés et constats effectués

Les sièges sociaux et établissements locaux des compagnies d'assurance, sociétés d'assurance mutuelles, intermédiaires (agents, courtiers, mandataires), bancassureurs et grande distribution ont été contrôlés. Des responsables locaux ont soit pris l'attache de leur siège social avant toute communication, soit sollicité un renvoi des enquêteurs vers le siège social.

Information précontractuelle

Une fiche d'information sur les prix et garanties doit être remise avant la conclusion d'un contrat. Un seul manquement à cette obligation a été constaté.

Par ailleurs, une notice décrivant précisément les garanties, assortie des exclusions, et les obligations de l'assuré, ou un exemplaire du projet de contrat, doivent être remis au consommateur. La remise effective de ces documents est difficile à vérifier mais les contrôles ont montré que les conditions générales n'étaient pas systématiquement communiquées.

Des anomalies ont été signalées concernant la remise obligatoire d'une fiche d'information sur le fonctionnement des garanties responsabilité civile dans le temps.

Mise à disposition d'un numéro non surtaxé pour la bonne exécution du contrat

Quelques manquements sur ce point ont été signalés chez des acteurs de la grande distribution ou des filiales de banques.

Multi assurance

Des enquêteurs, en charge parallèlement de l'enquête sur l'assurance automobile, ont relevé des doublons partiels entre la garantie responsabilité civile et la protection juridique sur le trajet domicile-lieu de travail.

Les services d'assistance peuvent aussi être redondants : transport sanitaire en France, rapatriement sanitaire depuis l'étranger, garanties susceptibles de se retrouver dans les assurances liées à l'utilisation de la carte bancaire.

Lisibilité du contrat

Un certain nombre d'assureurs ont réalisé des efforts pédagogiques notables pour faciliter la lecture de ce document. Cependant, la comparaison entre les contrats s'avère très difficile pour le consommateur : l'ensemble des garanties, leur prix, les franchises associées et les exclusions étant disséminés au sein des différents documents et notamment des conditions générales qui ne sont remises que tardivement au consommateur.

Une possible voie d'amélioration serait la communication standardisée des informations les plus susceptibles de guider le choix du consommateur sur la base de modèles type définis réglementairement.

Cible	Résultats
103 établissements	23 avertissements

Les modes de règlement des litiges

- **La médiation en assurance**

La médiation recouvre un large spectre de possibilités techniques permettant à un professionnel indépendant de proposer aux parties la solution de leur litige sans pour autant émettre un avis ayant une valeur juridictionnelle. La récente réforme de la médiation est l'occasion de faire un point sur ces mécanismes.

La médiation est généralement plus rapide, moins coûteuse et plus confidentielle que la procédure judiciaire. En assurance, la médiation conventionnelle est organisée par la FFSA et le Gema et se superpose à la médiation contractuelle, organisée sous l'égide des centres de médiation.

Réformée par l'ordonnance du 16 novembre 2011 et le décret du 20 janvier 2012, la médiation est un mode alternatif de règlement des conflits désormais utilisé par les assureurs. La difficulté tient à ce que la médiation conventionnelle de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (Gema), se superpose à la médiation contractuelle.

- **La médiation des institutions**

La médiation la plus classique en assurance passe par un modèle conventionnel, conçu au niveau même de la profession via la mise en place d'une charte de la médiation (pour la FFSA) ou d'un protocole sur la médiation (pour le Gema). Il s'agit de mécanismes pris à un niveau global, où les sociétés membres de ces organismes conviennent de mettre en place des conventions générales, qu'elles acceptent par avance de respecter, permettant la nomination de médiateurs, soit au sein de chaque entreprise d'assurances, soit au niveau du groupement professionnel. Dans les deux cas, l'assureur est tenu d'informer le futur assuré des moyens de réclamations dont il dispose, y compris de l'éventuelle présence d'une clause de médiation (ce que, d'ailleurs, l'article L.

112-2 du code des assurances impose).

La charte de la FFSA permet la mise en place d'une procédure de médiation confiée à une « personnalité extérieure, qui est nommée pour une durée minimale de deux années », au niveau de l'entreprise membre. Cette dernière est alors tenue de garantir l'indépendance du médiateur et de lui octroyer tous les éléments et moyens nécessaires lui permettant de répondre aux demandes de médiation. Elle rappelle par ailleurs que l'introduction de la procédure interrompt la prescription.

L'avis motivé du médiateur, rendu dans les trois mois de l'introduction de la procédure, ne lie pas les assurés ou les tiers. En revanche, chaque entreprise peut décider d'y être liée, en toute occasion. Comme souvent dans ce type de convention, il est indiqué que les parties s'interdisent de faire état de l'avis du médiateur devant les tribunaux.

Au niveau de la FFSA elle-même, donc plus au niveau interne de chacun de ses membres, un médiateur professionnel est désigné, qui exerce sa mission en toute indépendance. Ici encore, la saisine du médiateur professionnel interrompt la prescription et l'avis motivé rendu dans les trois mois suivant la date à laquelle il a été saisi ne lie pas les parties, qui sont soumises à la même réserve devant les instances judiciaires.

Le protocole sur la médiation du Gema se limite, quant à lui, aux litiges concernant les risques d'un particulier opposé à une société du groupement. S'il renvoie à l'organisation interne de ses membres concernant la gestion et le traitement des réclamations, notamment à la possibilité de les faire examiner par un médiateur interne, chaque partie a le droit de saisir le médiateur du Gema lui-même en cas de désaccord persistant. Notons que l'avis rendu « en droit ou en équité » s'impose à la société concernée et que, réciproquement, si l'avis lui était favorable, la société membre « s'engage à ne pas faire état devant les tribunaux d'un éventuel avis négatif ».

- **La médiation contractuelle**

À l'ombre de cette médiation conventionnelle, s'est développée une médiation contractuelle, dont l'efficacité a été récemment renforcée par l'ordonnance du 16 novembre 2011 et le décret du 20 janvier 2012. En effet, des clauses de médiation apparaissent de plus en plus fréquemment dans les contrats eux-mêmes. Comme les clauses compromissoires, elles préexistent au litige et sont destinées, dans l'esprit des parties et par anticipation, à les prévenir et à en permettre le traitement. Bien évidemment, ce type de clauses de médiation ne concerne pas uniquement l'assurance, mais peut apporter un utile mode alternatif de règlement des réclamations.

La validation par la Cour de cassation d'un mode alternatif de règlement des conflits est cohérente au regard du renforcement des normes juridiques applicables à la médiation contractuelle. Depuis la réforme, la médiation est définie comme un processus structuré, par lequel deux ou plusieurs parties tentent de parvenir à un accord en dehors de toute procédure judiciaire en vue de la résolution amiable de leurs différends, avec l'aide d'un tiers choisi par elles qui accomplit sa mission avec impartialité, compétence et diligence. Ainsi, les parties en litige sont libres de déterminer, d'un commun accord avec le médiateur, les modalités dans lesquelles se déroulera le processus de médiation. Cette dernière est donc un processus flexible, mais encadré et organisé. La confidentialité, élément clé du succès et de l'attrait de la médiation, se trouve également consacrée à l'article 1531 du code de procédure civile. Enfin, est mis en place un système d'homologation par le juge de l'accord issu de la médiation qui le rend exécutoire et, partant, en renforce la portée et l'autorité à l'égard des parties.

Divers organismes proposent leurs services en matière de médiation, mais seul le Centre français d'arbitrage de réassurance et d'assurance (Cefarea) est spécialisé dans ce secteur. Il s'est doté d'un règlement de médiation (RM) original dans son approche du conflit et qui reprend les principes généraux de ce mode alternatif de règlement des litiges en les adaptant aux particularités des différends de l'assurance.

- **Mise en œuvre de la médiation Cefarea**

Pour s'imposer, la médiation doit être prévue par un contrat entre les parties, via une clause de médiation préalable, ou résulter d'un choix des parties après l'apparition d'un litige (article 1 du RM). Dans les deux cas, une convention de médiation est signée, qui en énumère les règles. S'en suit une phase de demande de la médiation, puis d'information de l'autre partie, et, enfin, de réponse, qui varie selon que l'on est, ou non, en présence d'une clause de médiation (articles 2, 3 et 4 du RM).

La médiation peut être refusée (article 5 du RM), mais si elle est acceptée, le médiateur est désigné et s'engage, via une « déclaration d'indépendance » et afin que l'impartialité soit également garantie, à révéler aux parties, tout au long de sa mission, tout élément de nature à entraver ces principes (article 6 du RM). Le médiateur a en effet pour mandat « d'aider les parties à rechercher, dans la loyauté et le souci du respect des intérêts de chacune d'elles, une solution au litige qui les sépare » (article 7 du RM).

La médiation se déroule sur deux mois, durée renouvelable à la demande des parties, le Cefarea se réservant le droit de clore le dossier de médiation au bout de six mois, délai suffisamment long pour des parties souhaitant réellement trouver un accord amiable. De fait, 80% des médiations qui lui sont présentées aboutissent à un accord amiable.

- **Vers une déjudiciarisation**

Source de nombreux contentieux, le domaine de l'assurance est un terrain propice à l'utilisation de la médiation, auquel tous ses acteurs (assureurs, assurés, courtiers, etc.) peuvent avoir intérêts à recourir, ne serait-ce que pour des raisons de coût, de durée ou encore de confidentialité. Au gré des évolutions jurisprudentielles et législatives, les modes amiables de règlement des litiges tendent à s'autonomiser du contentieux judiciaire classique pour proposer un modèle différent dans lequel les parties se réapproprient leur litige en devenant les acteurs de la solution à intervenir. Cette

émergence est le signe d'une déjudiciarisation du contentieux, qui s'affranchit du carcan des règles de procédure et des incertitudes liées à l'application de la règle de droit.

- **Jurisprudence**

L'absence de mise en place de la médiation préalable prévue au contrat est une fin de non-recevoir (Civ. 1re, 8 avril 2009, n° 08-10866 ; Civ. 2e, 16 décembre 2010, n° 09-71575 ; Civ. 3e, 20 septembre 2011).

La clause de médiation se transmet par voie de subrogation (hypothèse du recours par un sous-acquéreur contre un architecte, au titre d'une clause de médiation figurant dans le contrat d'architecte) (Civ. 3e, 28 avril 2011, n° 10-30721).

Le non-respect d'une clause de médiation peut faire l'objet d'une régularisation jusqu'au moment où le juge statue (article 126 du code de procédure civile), et ce même de façon implicite (Com., 3 mai 2011, n° 10-12187 ; voir également Com., 13 septembre 2011, n° 10-19539, qui déduit la régularité de la procédure de médiation de... sa caducité faute de consignation de la provision du médiateur).

La déontologie

- **Règle de bonne conduite**

Code moral, règles professionnelles, charte de bonne conduite, les usages du courtage définissent les bonnes pratiques à respecter dans la relation entre assureurs et courtiers. Des usages toujours d'actualité.

Code déontologique des courtiers, les usages du courtage sont des règles professionnelles d'exercice auxquels se soumettent assureurs et courtiers. « Dans ces règles de bonne conduite, trois principes doivent être respectés : les courtiers doivent toujours être au service de la clientèle, les courtiers doivent faire preuve de loyauté vis-à-vis des sociétés d'assurance, et les courtiers doivent être confraternels entre eux, en excluant toute concurrence sauvage ou déloyale » « Ces usages, dont l'actualité et la modernité sont tout à fait remarquables, participent de règles morales et déontologiques en ce qu'ils préconisent loyauté et bonne foi dans l'exécution de la relation contractuelle », poursuit-il. « Les usages du courtage ont été constatés afin de recenser les pratiques en vigueur dans le cadre de la relation unissant les entreprises d'assurance et les courtiers d'assurance. Ils venaient ainsi compléter un vide juridique pouvant être préjudiciable à l'ensemble des acteurs, indique Planète CSCA. Ils constituent des règles de droit qu'il convient de respecter. La Cour de cassation l'a encore affirmé récemment dans le cadre d'un arrêt rendu le 15 mai 2015 (Civ. 1re, 15 mai 2015, n° 14.11894). »

Quand on parle d'usages du courtage, le Sycra distingue les usages du courtage « terrestres », dits parisiens, et les usages lyonnais du courtage. Constatés en 1935, les premiers « reprennent pour l'essentiel des solutions antérieurement dégagées par la jurisprudence », souligne Eric Lamouret. Les seconds ont réellement été mis en œuvre à partir de 1975 « devant le caractère parfois imprécis et lacunaire des usages initiaux qui pouvaient desservir les courtiers au niveau du placement des affaires, principalement », précise le président du Sycra.

- **Pas d'unification des usages entre Parisiens et Lyonnais**

Si, en 2012, la CSCA a eu le projet d'unifier en un texte usages du courtage parisiens et lyonnais, celui-ci n'a pas abouti et n'est plus d'actualité. « Ce projet était louable afin d'apporter des modifications tenant compte de certaines évolutions juridiques et économiques, commente celle qui s'appelle aujourd'hui Planète CSCA. Nous nous heurtons à une difficulté juridique majeure. Quelle serait la valeur juridique d'une modification décrétée par des organisations professionnelles ? Un usage professionnel ne se décrète pas, il se constate... C'est un processus plus long mais tellement plus sécurisant pour tous les acteurs »

- **Respect des usages**

Concrètement, ces deux usages affichent de légères nuances. Par exemple, « dans l'application des usages lyonnais du courtage, l'avantage n'est plus donné au premier courtier qui présente l'affaire à l'ensemble des compagnies susceptibles de couvrir le risque déterminé en bloquant ainsi arbitrairement tout le marché, juste pour avoir saisi en premier tous les assureurs », illustre Eric Lamouret. « Dans les usages lyonnais du courtage, la compagnie saisie d'une affaire par un apporteur auquel elle a fourni une tarification doit donner la même tarification à tout autre intermédiaire qui lui propose le même projet pour la même affaire », ajoute-t-il. Voilà la principale différence, donc, entre usages du courtage parisiens et lyonnais. De nos jours, les usages du courtage restent respectés. La sauvegarde de ces usages constitue d'ailleurs l'une des missions du Sycra. « Si les courtiers peuvent exercer leur métier en toute tranquillité aujourd'hui, c'est parce que le Sycra s'est toujours battu et continue à se battre en défendant les usages du courtage depuis 83 ans. Notre syndicat historique a été le premier à défendre les usages lyonnais devant les tribunaux, et toujours avec succès. Jamais sur des fondements belliqueux, cela serait aussi stupide que stérile, mais à chaque fois que nos confrères adhérents sont confrontés à des tentatives maladroites des compagnies de les

déposséder d'une affaire ou des commissions liées à cette affaire », rappelle Eric Lamouret. Ce dernier vante au passage les usages lyonnais, qui se pratiquent aussi dans les régions Auvergne–Rhône-Alpes mais aussi Provence–Alpes–Côte d'Azur et en Occitanie. Lors de la dernière assemblée générale du Sycra, qui s'est tenue le 4 avril 2019, Philippe Poiget, délégué général de la FFA et président de l'Orias, a précisé qu'après une étude comparative récemment réalisée, les usages lyonnais du courtage se révèlent les plus « euro-compatibles » au regard de l'environnement réglementaire à respecter selon les dernières évolutions édictées.

- **« Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFA »**

La profession de l'assurance s'est dotée d'engagements à caractère déontologique. Seuls font partie du « Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la FFA » les engagements relevant de la déontologie professionnelle. Leur respect s'impose aux entreprises d'assurance qui s'y sont engagées par l'intermédiaire de leurs fédérations professionnelles.

D'une manière générale, ce corps d'engagements vise à garantir notamment aux assurés un niveau d'information supérieur à celui édicté par les prescriptions légales ou réglementaires sur les conditions dans lesquelles leurs demandes et dossiers sont traités. En revanche, ont été écartées du présent recueil toutes les dispositions qui n'ont qu'une valeur indicative ou de recommandation, qui ont un caractère plus technique que déontologique ou qui ne concernent que les relations des entreprises d'assurance entre elles ou avec leurs intermédiaires d'assurance.

Cette déontologie professionnelle vient compléter la réglementation et non s'y substituer.

La vérification d'identité

- **Quelle est la différence entre client occasionnel et relation d'affaires ?**

La nature des mesures de vigilance à mettre en œuvre à l'égard de la clientèle repose sur la distinction entre client en relation d'affaires et client occasionnel.

La Commission des sanctions de l'ACPR a sanctionné les défaillances constatées en matière de connaissance de la clientèle, en particulier s'agissant de clients considérés à tort comme occasionnels.

L'absence de distinction, voire le caractère inapproprié des critères de distinction définis, expose ainsi les organismes financiers à un risque de non-conformité aux obligations de vigilance.

La signature d'un contrat ou des conditions générales d'utilisation d'un service ou d'un produit n'est pas en soi suffisante pour caractériser une relation d'affaires.

En revanche, la durée de la relation commerciale ou professionnelle est un élément déterminant pour qualifier une relation d'affaires.

Cette idée de durée se retrouve par l'emploi, à l'article L. 561-2-1, des termes « de manière régulière » ou « d'une opération présentant un caractère continu » pour décrire l'intervention d'un organisme financier dans le cadre d'une relation d'affaires. La notion de relation d'affaires renvoie ainsi à celle de client habituel.

La relation d'affaires couvre également, par exemple :

- dans le cadre de l'émission de monnaie électronique : les sites marchands acceptant la monnaie électronique comme moyen de paiement lorsque celle-ci est utilisée en circuit fermé. En effet, les sites marchands sont en relation d'affaires avec l'organisme financier ;
- toute tierce personne à l'égard de laquelle un contrat prévoit une obligation continue de remboursement de tout ou partie d'une dette : par exemple, la caution simple ou solidaire, le tiers apportant son contrat d'assurance sur la vie en garantie d'un crédit immobilier etc.

;

– toute tierce personne effectuant des opérations répétées de versement ou de remboursement sur une période de temps donnée, indépendamment de l'existence d'un contrat écrit.

Dès lors que la relation commerciale ou professionnelle s'inscrit dans une certaine durée, la fréquence à laquelle le client sollicite l'intervention de l'organisme financier est sans incidence sur la caractérisation de la relation d'affaires. Peu importe qu'un compte de dépôt, de paiement ou de titres soit faiblement utilisé ou que le client ne réalise aucun versement ponctuel dans le cadre, par exemple, d'un contrat d'assurance sur la vie.

À l'inverse, lorsque les opérations réalisées sont par nature ponctuelles (change manuel, transmission de fonds etc.), leur fréquence est déterminante pour qualifier une relation d'affaires. La délivrance d'une carte de fidélité constitue un indice, mais celui-ci n'est pas suffisant en soi pour qualifier une relation d'affaires.

Encore faut-il que le client utilise les services proposés par l'organisme de manière régulière. La régularité du recours à l'organisme n'est pas nécessairement calée sur un rythme calendaire (fréquence hebdomadaire, mensuelle etc.).

• Qu'est-ce que le client occasionnel ?

Le client occasionnel est le client « de passage » qui sollicite l'intervention d'un organisme financier pour la réalisation d'une opération isolée ou de plusieurs opérations présentant un lien entre elles : par exemple, plusieurs opérations de change manuel effectuées sur une courte période par un même client au fur et à mesure de ses besoins dans le cadre d'un séjour touristique.

Dans l'hypothèse où un client, en relation d'affaires avec un organisme affilié à un organe central, s'adresse à un autre organisme affilié au même organe central pour la réalisation d'une ou plusieurs opérations sur son compte, il n'est pas, en principe, considéré par ce dernier comme un client occasionnel. Pour autant, l'organisme n'est pas dispensé de toute obligation de vigilance à l'égard de l'opération, notamment aux fins de détection de son

caractère atypique ou suspect. Il procède également à l'identification et à la vérification de l'identité de cette personne lorsqu'elle remet des espèces en vue de les transférer sur son compte.

En revanche, lorsqu'une personne remet à un organisme financier des espèces pour les verser sur le compte d'un des clients de ce dernier et qu'elle n'a pas été mandatée par ce client pour agir sur son compte, elle est alors considérée comme un client occasionnel. L'organisme identifie et vérifie son identité, sauf s'il est par ailleurs d'ores et déjà en relation d'affaires avec cette personne.

- **Quelles sont les mesures de vigilance à l'égard de la clientèle en relation d'affaires ?**

Les mesures de vigilance à l'égard de la clientèle s'appliquent avant d'entrer en relation d'affaires.

Elles portent sur :

- l'identification et la vérification de l'identité du client (et le cas échéant, de son représentant), et le cas échéant, du bénéficiaire effectif ;
- et pour les contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation, le bénéficiaire du contrat et, le cas échéant, son bénéficiaire effectif ;
- ainsi que la connaissance de l'objet et de la nature de la relation d'affaires et le recueil de tout autre élément d'information pertinent.

La mise en œuvre de ces obligations est modulée selon une approche par les risques de BC-FT. La modulation tient compte :

- de celle opérée par le législateur lui-même au regard de l'analyse nationale des risques (personnes ou produits présentant, d'une part, des risques plus élevés en application des dispositions de l'article L. 561-10, et d'autre part, des risques faibles de BC-FT en application des articles L. 561-9 2° et L. 561-9-1) ;
- de la classification des risques de l'organisme financier ;
- et du profil de la relation d'affaires.

Il existe, en l'absence de tout soupçon de BC-FT, deux exceptions à

la mise en œuvre de ces obligations :

Au titre des mesures de vigilance dites « simplifiées », une simple identification du client, et du bénéficiaire effectif le cas échéant, est suffisante dans les situations limitativement énumérées

Il s'agit de celles dans lesquelles une personne ou un produit présente un faible risque de BC-FT. Les organismes financiers sont ainsi soumis à la seule obligation d'identification du client, et le cas échéant, du bénéficiaire effectif ; ils sont exemptés de vérifier son identité et d'obtenir des éléments de connaissance de la relation d'affaires. De même, ils n'ont pas à vérifier l'identité du bénéficiaire d'un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation. Les organismes financiers veillent en tout état de cause à ce que le client, et le cas échéant, son bénéficiaire effectif, ou le produit ou service proposé/fourni respectent strictement les exigences. Ils recueillent, à cet effet, les informations justifiant que les conditions prévues sont bien remplies. Par exemple, pour les crédits à la consommation de moins de 1 000 € et les opérations de crédit comportant un délai de remboursement ne dépassant pas trois mois et assorties d'aucun intérêt, ni de frais à moins qu'il ne soit d'un montant négligeable, le remboursement ne peut être effectué que depuis un compte ouvert au nom du client auprès d'une personne mentionnée établie dans un État membre de l'Union Européenne (UE) ou partie à l'accord sur l'Espace Économique Européen (EEE).

• Qu'est-ce que l'identification du client ?

L'identification repose sur une base déclarative et s'entend du recueil des éléments d'identité. Il s'agit, par exemple, pour les clients :

- **associations** : le nom et l'adresse du siège ainsi que le numéro d'immatriculation au répertoire national des associations (RNA) ;
- **fiducies ou trusts** : les nom, prénom ainsi que les date et lieu de naissance des constituants (« settlor »), fiduciaires (« trustees »), bénéficiaires (« bénéficiaires ») et, le cas échéant, des tiers (« protectors ») lorsqu'il s'agit de personnes physiques, ou leur dénomination sociale, forme juridique, numéro d'immatriculation ainsi que l'adresse de leur siège social lorsqu'il s'agit de personnes

morales.

Les entrepreneurs individuels sont identifiés comme des personnes physiques.

Les organismes financiers identifient, dans les mêmes conditions que le client, les personnes agissant pour le compte de celui-ci en vertu de la loi ou d'un contrat (représentant légal ou statutaire ou personne disposant d'une délégation de pouvoirs). Par exemple, si le représentant légal ou le mandataire est :

- **une personne physique** : recueil de ses nom et prénoms, de sa date et son lieu de naissance ;
- **une personne morale (cas par exemple des sociétés de gestion représentant un placement collectif qui n'est pas une société)** : recueil de sa forme juridique, de sa dénomination, de son numéro d'immatriculation et de l'adresse de son siège social.

Ils vérifient également les pouvoirs de la personne qui agit pour le compte du client. À cet effet, ils recueillent un document justifiant sa qualité de représentant.

Il s'agit, par exemple :

- **pour le représentant d'un mineur** : du livret de famille ou d'un acte de naissance ;
- **pour le représentant d'un majeur protégé** : du jugement de mise sous tutelle ou sous curatelle ;
- **pour le représentant d'une société ou d'une association** : des statuts de la société ou de l'association ou d'une délégation de pouvoir en bonne et due forme. La communication d'un extrait K-bis de moins de 3 mois peut suffire lorsque la société est établie en France et que la fonction du représentant de la personne morale figurant sur ce document permet de déterminer les pouvoirs qui lui sont attachés ;
- **pour le représentant d'un organisme de placement collectif** : du prospectus du fonds ou de documents équivalents permettant d'identifier la société de gestion ;
- **pour le représentant légal d'une collectivité territoriale** : du décret de nomination, de la délégation de pouvoir des personnes.

- **Qu'est-ce la vérification de l'identité du client ?**

La vérification de l'identité d'un client et de son représentant, le cas échéant, repose, sur la « présentation de tout document écrit à caractère probant ».

Le document écrit à caractère probant peut être sur un support matériel ou sur un support numérique.

La vérification de l'identité sur présentation et collecte d'un document officiel d'identité sur un support matériel.

- **Le client, personne physique**

La vérification de l'identité d'un client, personne physique, repose sur la présentation de l'original d'un document officiel d'identité, en cours de validité et comportant photographie (tel qu'une carte nationale d'identité, un passeport, un titre de séjour, le récépissé de demande de titre de séjour/carte de résidence ou de demande d'asile en cours de validité). Les organismes financiers n'acceptent pas la présentation de documents périmés, quel que soit le caractère récent de la fin de validité du document. Ils peuvent toutefois accepter une attestation prouvant la demande de renouvellement du document officiel d'identité, sous réserve que la photographie figurant sur le document périmé soit suffisamment ressemblante. De même, les documents officiels délivrés par une autorité publique et qui ne comportent pas de date de fin de validité tels que le permis de conduire peuvent valablement être admis, dès lors que la photographie est suffisamment ressemblante. Par ailleurs, l'absence d'une date d'expiration sur le document d'identité étranger présenté n'implique pas nécessairement qu'il soit toujours en cours de validité. Dans ces situations, les organismes financiers se renseignent sur la validité du document par tout autre moyen, y compris une recherche internet.

L'organisme financier doit en prendre une copie, recto verso.

- **Que faire avec les documents étrangers ?**

Les organismes définissent dans leurs procédures internes l'ensemble des documents d'identité qui sont dès lors recevables à des fins de vérification de l'identité du client. Ils tiennent notamment compte des situations particulières de certains clients qui ne sauraient, par exemple, présenter une carte nationale d'identité en cours de validité (il s'agit par exemple du cas de certains majeurs protégés, de personnes âgées mais aussi également d'enfants en bas âge voire d'enfants mineurs, des personnes de nationalité étrangère résidant sur le territoire national ou des demandeurs d'asile).

- **Le client personne morale**

La vérification de l'identité d'un client, personne morale, repose sur la communication de l'original ou de la copie de tout acte ou extrait de registre officiel datant de moins de trois mois ou extrait de Journal officiel, constatant la dénomination, la forme juridique, l'adresse du siège social et l'identité des associés et dirigeants sociaux, ainsi que des représentants légaux ou de leurs équivalents en droit étranger.

Il s'agit, par exemple :

- **Pour une société** : d'un extrait K-bis datant de moins de 3 mois ;
- **Pour une association** : d'un extrait du Journal officiel constatant sa déclaration en préfecture ;
- **Pour une association ou fondation reconnue d'utilité publique** : d'une copie du décret en Conseil d'État reconnaissant l'utilité publique ;
- **Pour une fondation d'entreprise ou un fonds de dotation** : d'un extrait du Journal officiel constatant son autorisation ou sa déclaration préfectorale ;
- **Pour une entreprise commerciale établie à l'étranger** : d'un enregistrement dans un registre ou d'un certificat de validité juridique de la société accompagné, le cas échéant, d'une traduction ou encore d'une attestation de constitution de société

(Certificate of incorporation) complétée par d'autres documents permettant de recueillir l'ensemble des informations requises au 4° de l'article R. 561-5-1. Lorsque l'entreprise ne peut se voir délivrer dans son pays des documents de moins de trois mois, l'organisme financier s'assure auprès d'elle que les documents fournis sont à jour. Dans ce cas, ces documents sont certifiés par un représentant légal de l'entreprise ou toute personne habilitée par ce dernier qui ainsi l'atteste. Dans le cas contraire, l'organisme financier recueille les actes permettant de mettre à jour les documents fournis (procès-verbaux de conseil d'administration etc.).

- **Le client, fiducie ou dispositif juridique équivalent en droit étranger (de type trust)**

La vérification de l'identité d'un client fiducie ou trust repose sur la présentation de l'original ou de la copie du contrat de fiducie ou encore, s'agissant de fiducies établies par la loi, de l'extrait du Journal officiel de la loi. Si le client a son siège social à l'étranger, la vérification de son identité repose sur la présentation de documents équivalents à ceux prévus par la réglementation française comme par exemple le trust deed ou la letter of wishes dans le cas d'un trust.

- **Le cas spécifique de l'entrée en relation d'affaires à distance**

Ces opérations requièrent des mesures de vigilance complémentaires en cas d'entrée en relation d'affaires à distance avec un client :

- lorsque ce dernier ou son représentant légal n'est pas physiquement présent, devant l'organisme financier, son tiers introducteur ou son prestataire externe, aux fins d'identification (par exemple, par internet) ;
 - et que la vérification de l'identité de celui-ci n'a pas été effectuée en ayant recours à un moyen d'identification électronique.
- Néanmoins, lorsqu'une relation d'affaires est établie à distance avec

une personne ou exclusivement pour un ou plusieurs produits présentant un faible risque et qu'il n'existe pas de soupçon, les organismes financiers ne sont pas tenus de mettre en œuvre ces mesures complémentaires.

Parmi ces mesures, figure notamment :

- le recueil d'une copie du document d'identité et d'un document justificatif supplémentaire permettant de confirmer l'identité du client.
- la mise en œuvre des mesures de vérification et de certification de la copie du document d'identité (pour une personne physique) ou d'un extrait de registre officiel (pour une personne morale) par un tiers indépendant de la personne à identifier.
- le fait que le premier paiement des opérations soit effectué en provenance ou à destination d'un compte ouvert au nom du client auprès d'un organisme financier établi dans un État membre de l'UE ou de l'EEE ou dans un pays tiers considéré comme imposant des obligations LCB-FT équivalentes à la réglementation française
- l'obtention d'une confirmation de l'identité du client de la part d'un tiers lui-même assujetti à la LCB-FT et situé dans un pays de l'UE/EEE ou un pays tiers dit « équivalent ».

- **Quels sont les conditions de recueil de la signature électronique ?**

Sur le recueil d'une signature électronique ou d'un cachet électronique valide reposant sur un certificat qualifié délivré par un prestataire de service de confiance qualifié (PSCQ)

Les organismes financiers peuvent recueillir cette signature ou ce cachet sur tout document pertinent. Il peut, par exemple, s'agir de la convention d'ouverture de compte, du contrat de souscription d'une assurance sur la vie ou d'un contrat de prêt. La liste des PSCQ pour délivrer une signature électronique ou un cachet électronique valide reposant sur un certificat qualifié est disponible à l'adresse suivante : <https://webgate.ec.europa.eu/tl-browser/#/search/type/3>.

- **Qu'est-ce que le bénéficiaire effectif ?**

Une relation d'affaires ou une opération réalisée avec un client occasionnel peut impliquer un ou plusieurs bénéficiaires effectifs. Le bénéficiaire effectif est une personne physique. Il s'agit de la ou des personne(s) physique(s) :

- soit qui contrôle(nt), directement ou indirectement, le client, lorsque ce dernier est une personne morale (société, organisme de placement collectif ayant la personnalité morale, association, fondation reconnue d'utilité publique...) ou une construction juridique de type fiducie ou trust ;
- soit pour la(es)quelle(s) une opération est exécutée ou une activité réalisée

- **Qu'est-ce qui n'est pas un bénéficiaire effectif ?**

Il importe de distinguer le bénéficiaire effectif :

- du client, que ce dernier soit une personne physique, une personne morale, un placement collectif ou bien une construction juridique avec ou sans personnalité juridique ;
- du bénéficiaire d'un contrat ou d'une opération ;
- ou du tiers pour le compte duquel l'organisme exécute des opérations : par exemple, dans le cadre d'une activité de correspondance bancaire où l'organisme financier exécute des opérations pour le compte des clients de son établissement client ou d'une activité de « market place » dans laquelle l'établissement offre un service de paiement à des marchands pour le paiement des achats réalisés par les clients de ces derniers. Il en découle que l'organisme financier n'a pas à identifier les clients de son propre client.

- **Personne(s) physique(s) qui contrôle(nt) en dernier ressort le client ou le bénéficiaire du contrat d'assurance-vie ou de capitalisation**

Lorsque le client est une personne morale ou une construction juridique, le ou les bénéficiaire(s) effectif(s) sont les personnes

physiques qui répondent aux critères énoncés aux articles R. 561-1 à R. 561-3-0. Ces critères s'appliquent pour la détermination du bénéficiaire effectif du client en relation d'affaires ou du client occasionnel. Ils s'appliquent également pour l'identification des bénéficiaires effectifs des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie ou de capitalisation, conformément au II de l'article R. 561-10-3. Dans ces situations, en dehors des critères de détermination précisés par les articles R. 561-1 à R.561-3-0, la question du bénéficiaire effectif ne se pose pas. C'est la raison pour laquelle les mots « bénéficiaire(s) effectif(s) » sont précédés des mots « le cas échéant » dans les dispositions du CMF relatives à la LCB-FT. Conformément à l'article R. 561-7, les organismes financiers sont en mesure de justifier auprès de l'ACPR que les mesures prises pour la détermination du bénéficiaire effectif sont conformes aux articles R. 561-1 à R. 561-3-0. À cet égard, la consultation du registre des bénéficiaires effectifs des personnes morales est un élément d'aide important. Cependant, l'organisme financier peut, au regard des documents et éléments d'informations recueillis auprès du client, identifier ou avoir de bonnes raisons de penser que les données figurant dans le registre sont inexactes ; il est alors encouragé à en informer le greffe.

- **Le registre des bénéficiaires effectifs**

Les articles L. 561-46 à L. 561-50 issus de l'ordonnance n° 2016-1635 du 1er décembre 2016 instituent un registre des bénéficiaires effectifs des personnes morales. Les sociétés et entités juridiques mentionnées au 1er alinéa de l'article L. 561-46 déposent au greffe du tribunal, pour être annexées au registre du commerce et des sociétés (ci-après « RCS »), un document relatif au bénéficiaire effectif contenant les éléments d'identification et le domicile personnel de ce dernier ainsi que les modalités du contrôle qu'il exerce.

Ces dispositions sont précisées à l'article R. 561-56, qui prévoit que le document relatif au bénéficiaire effectif contient les informations suivantes :

- **S’agissant de la société ou de l’entité juridique** : sa dénomination ou raison sociale, sa forme juridique, l’adresse de son siège social et, le cas échéant, son numéro unique d’identification complété par la mention RCS suivie du nom de la ville où se trouve le greffe où elle est immatriculée ;
- **S’agissant du bénéficiaire effectif** :
 - * Les nom, nom d’usage, pseudonyme, prénoms, date et lieu de naissance, nationalité, adresse personnelle de la ou des personnes physiques ;
 - * Les modalités du contrôle exercé sur la société ou l’entité juridique mentionnée au 1°, déterminées conformément aux articles R. 561-1, R. 561-2, R. 561-3 ;
 - * La date à laquelle la ou les personnes physiques sont devenues le bénéficiaire effectif de la société ou de l’entité juridique mentionnée au 1°.

Ces sociétés ou entités juridiques obtiennent et conservent des informations exactes et actualisées sur leurs bénéficiaires effectifs. Conformément à l’article R. 561-55, le dépôt est réalisé lors de la demande d’immatriculation au RCS ou au plus tard dans les 15 jours à compter de la délivrance du récépissé de dépôt de dossier de création d’entreprise. Un nouveau document est déposé dans les trente jours suivant tout acte ou fait rendant nécessaire la rectification ou le complément des informations mentionnées. Par ailleurs, la société pour laquelle est déposé le document relatif au bénéficiaire effectif est un placement collectif, celui-ci bénéficie d’un délai de 180 jours ouvrés suivant sa date d’immatriculation au RCS, pour le rectifier ou le compléter.

Conformément à l’article L. 561-47, le greffier du tribunal de commerce vérifie que les informations relatives au bénéficiaire effectif sont complètes et conformes aux dispositions législatives et réglementaires, correspondent aux pièces justificatives et pièces déposées en annexe et sont compatibles, dans le cas d’une demande de modification, avec l’état du dossier. Ce document peut être communiqué aux personnes assujetties à la LCB-FT, conformément aux conditions de l’article R. 561-58, si la consultation du document intervient dans le cadre de la mise en

œuvre d'au moins une des mesures de vigilance prévues par les articles L. 561-4-1 à L. 561-14-2. Le fait de ne pas déposer au RCS le document relatif au bénéficiaire effectif ou de déposer un document comportant des informations inexactes ou incomplètes est puni de six mois d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende.

- **Cas des clients sociétés**

Les organismes financiers n'ont pas l'obligation d'identifier, et a fortiori, de vérifier l'identité du bénéficiaire effectif de la relation d'affaires lorsque le client de cette personne est une « société cotée » conformément à l'article R. 561-8. En effet, ces sociétés sont soumises à des obligations de publicité garantissant la transparence des informations relatives à la propriété. Cette dérogation s'applique également lorsque le client est détenu à plus de 75 % par une société cotée.

- **Qui sont les bénéficiaires effectifs de sociétés ?**

Conformément au 1^{er} alinéa de l'article R. 561-1, les bénéficiaire(s) effectif(s) des clients sociétés sont :

- la ou les personnes physiques qui détiennent, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société. Le calcul de ce pourcentage prend en compte la chaîne de détention. Il est, en effet, indispensable dans les cas de constructions juridiques complexes de remonter toute la chaîne de détention en vue de déterminer la ou les personnes physiques, bénéficiaire(s) effectif(s). Les modalités de calcul de ce pourcentage tenant compte de la chaîne de détention s'appliquent pour la mise en œuvre des articles R. 561-2 à R. 561-3-0.
- ou la(les) personne(s) physique(s) qui exerce(nt) le contrôle sur une société ou lorsqu'elle(s) détermine(nt) en fait, par les droits de vote dont elle(s) dispose(nt), les décisions dans les assemblées générales de cette société ou lorsqu'elle(s) est/sont associée(s) ou actionnaire(s) de cette société et dispose(nt) du pouvoir de nommer

ou de révoquer la majorité des membres des organes d'administration, de direction ou de surveillance de cette société.

• Cas des placements collectifs

Les placements collectifs (ci-après « PC ») regroupent un ensemble de produits d'épargne régulés notamment en France par l'Autorité des Marchés Financiers (AMF). Il s'agit des organismes de placement collectif en valeurs mobilières (OPCVM), des fonds d'investissements alternatifs (FIA) et des autres placements collectifs mentionnés au I de l'article L. 214-1 du CMF.

Un PC peut être ou non doté de la personnalité juridique. Dans les cas prévus par la réglementation (soit la plupart des cas en pratique), la constitution, la gestion ou la représentation d'un PC à l'égard de tiers nécessite l'intervention d'une société de gestion. Les organismes financiers sont tenus d'identifier le bénéficiaire effectif de leur client, qui peut être, selon les cas, la société de gestion ou le PC lui-même.

Les organismes financiers définissent des procédures précisant les mesures de vigilances applicables selon que le client est un PC ou une société de gestion.

Le PC n'est pas le client de l'organisme financier, notamment lorsque ce dernier :

- est souscripteur de parts ou d'actions du PC ;
- est distributeur des parts ou actions du PC ;
- ou a pour client la société de gestion; c'est en particulier le cas lorsque l'organisme financier fournit à la société de gestion les services de réception-transmission d'ordres ou d'exécution d'ordres dans le cadre de la gestion de l'actif des PC qu'elle représente.

Lorsque l'organisme financier a pour client un PC représenté par une société de gestion, il identifie et vérifie les éléments d'identité de la société de gestion. Il identifie également le bénéficiaire effectif du PC ce qui, s'agissant des PC ne disposant pas de la personnalité morale, revient à identifier le bénéficiaire effectif de la société de gestion. Par ailleurs, l'ACPR l'encourage à identifier les

bénéficiaires effectifs de la société de gestion qui représente un PC disposant de la personnalité morale. En effet, cela permet de mieux apprécier le profil de risque de la relation d'affaires.

- **Cas des personnes morales autres que les sociétés**

Il s'agit notamment des associations déclarées ou reconnues d'utilité publique, fondations reconnues d'utilité publique ou d'entreprise, des fonds de dotation et des groupements d'intérêt économique.

- **Cas des fiducies et des structures juridiques étrangères équivalentes**

Il existe différents types de patrimoine d'affectation comme la fiducie française, le trust anglo-saxon, la Treuhand allemande, la fideicomisos mexicaine, la fiducie suisse, la fiducie canadienne ou la fondation au Liechtenstein, par exemple.

Plus précisément, le trust est la relation juridique créée par l'effet de la conclusion d'un acte par lequel un sujet (le « settlor » ou constituant) transfère à un autre sujet (le « trustee ») des biens ou des droits, avec l'obligation de les administrer dans l'intérêt du constituant ou d'un autre sujet (bénéficiaire), ou dans un but donné, sous la surveillance éventuelle d'un tiers (« protector » ou tiers protecteur), suivant les règles dictées par le constituant dans l'acte instituant le trust et les lois qui le réglementent.

La fiducie a été introduite en droit français en 2007 aux articles 2011 et suivants du Code civil. C'est l'opération par laquelle une ou plusieurs personnes

(le(s) constituant(s)) transfèrent tout ou partie de leurs biens à une ou plusieurs autres personnes (le(s) fiduciaire(s)), à charge pour eux d'agir dans un but déterminé, au profit d'un ou de plusieurs bénéficiaires. Les biens transférés forment un patrimoine séparé, distinct du patrimoine personnel du ou des fiduciaires.

Par ailleurs, à moins d'une clause contraire, le constituant peut, à tout moment, désigner un tiers chargé de s'assurer de la

préservation de ses intérêts dans le cadre de l'exécution du contrat, appelé « tiers protecteur ».

Dans les systèmes juridiques étrangers, notamment anglo-saxons, le trust est répandu. Il se caractérise par le fait que la propriété se divise entre « legal ownership » (propriété juridique qui revient au « trustee ») et « equitable interest » (titre ou droit de propriété virtuel, propriété économique qui appartient au(x) bénéficiaire(s)).

Alors qu'ils étaient considérés en droit français comme une institution dépourvue de personnalité morale, la Cour de justice de l'Union européenne a reconnu aux trusts la liberté d'établissement, au sens du Traité sur le fonctionnement de l'UE, et la qualité « d'autre personne morale ». Elle considère ainsi qu'une entité telle qu'un trust « dispose, en vertu du droit national, de droits et d'obligations lui permettant d'agir en tant que telle dans l'ordre juridique concerné » et qu'elle exerce une « activité économique effective ».

La jurisprudence française admet depuis longtemps que les trusts institués à l'étranger produisent des effets juridiques en France dès lors qu'ils ont été constitués en respectant les lois en vigueur dans l'État de création et qu'ils ne comportent pas de dispositions contraires à l'ordre public français. Dans le cas particulier des fiducies ou trusts étrangers constitués sous forme de sociétés, l'organisme financier détermine le(s) bénéficiaire(s) effectif(s) en appliquant les critères prévus à l'article R.561-3-0, qui vise spécialement les fiducies et autres dispositifs juridiques comparables de droit étranger, et non ceux de l'article R. 561-3, relatif aux personnes morales autres que les sociétés et les placements collectifs.

En application du 1° de l'article R. 561-3-0, toutes les personnes physiques, parties prenantes à un, patrimoine d'affectation (constituant/settlor, fiduciaire/trustee, bénéficiaire/beneficiaries, tiers protecteur/protector dans le cas de la fiducie française et du trust anglo-saxon), sont des bénéficiaires effectifs.

Lorsqu'une ou plusieurs de ces parties prenantes sont des personnes morales ou des constructions juridiques de type trust, les organismes financiers déterminent la ou les personne(s) physique(s) qui répond(ent) à la définition du bénéficiaire effectif

selon la nature juridique de l'entité (cf. articles R. 561-1 à R. 561-3-0). Le 2° de l'article R. 561-3-0 vise certains montages complexes de détention « en cascade », impliquant plusieurs trusts ou personnes morales. Les organismes financiers exercent une vigilance adaptée au risque présenté par de telles structures, en particulier lorsqu'ils sont en relation d'affaires avec des entités étrangères.

- **Cas des bénéficiaires effectifs en dernier ressort**

La réglementation permet aux organismes financiers de déterminer « un bénéficiaire effectif en dernier ressort » notamment lorsque le client est une société, un placement collectif, une association déclarée ou reconnue d'utilité publique, une fondation reconnue d'utilité publique ou d'entreprise, un fonds de dotation ou un groupement d'intérêt économique.

- **Bénéficiaire effectifs des personnes morales de droit public/entreprises publiques et personnes politiquement exposées (« PPE »)**

Le BE en dernier ressort d'une entreprise publique (qu'il s'agisse d'une personne morale de droit public telle qu'un EPIC ou d'une personne de droit privé) peut être une personne politiquement exposée en tant que membre d'un organe « de direction d'une entreprise publique », dès lors que cette entreprise exerce une activité économique au niveau national et non simplement au niveau local ou régional. De même, le représentant légal d'une personne morale de droit public peut, au titre d'autres fonctions (par exemple, dirigeant d'un parti politique), être une PPE.

Cependant, conformément aux dispositions du sixième alinéa de l'article L. 561-10, en l'absence de soupçon de BC-FT, lorsque la relation d'affaires est établie avec une personne morale de droit public française, les organismes financiers sont exemptés de la mise en œuvre des mesures de vigilance complémentaires spécifiques aux PPE à l'égard de cette relation d'affaires.

En revanche, ils appliquent les mesures de vigilance spécifiques aux PPE à l'égard de la relation d'affaires personnelle avec le représentant légal d'une personne morale de droit public, qui exerce ou a exercé depuis moins d'un an une fonction qualifiée de PPE, ou le dirigeant d'une entreprise publique, ainsi que leurs proches.

- **Modalités particulières de vérification de l'identité du bénéficiaire effectif**

En principe, les obligations d'identification du(des) bénéficiaire(s) effectif(s) sont les mêmes que celles portant sur le client en relation d'affaires. En revanche, des obligations spécifiques sont prévues en ce qui concerne la vérification de l'identité du bénéficiaire effectif.

- **Le bénéficiaire d'un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation, et le cas échéant, son bénéficiaire effectif**

Conformément au III de l'article L. 561-5, lorsqu'un client souscrit ou adhère à un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation, les organismes d'assurance identifient et vérifient l'identité des bénéficiaires de ces contrats, et le cas échéant, le bénéficiaire effectif de ces bénéficiaires.

- **La nouvelle identification et vérification de l'identité en cours de relation d'affaires**

Les organismes financiers procèdent, conformément à l'article R. 561-11, à une nouvelle identification et vérification de l'identité du client, et le cas échéant du bénéficiaire effectif, lorsqu'ils ont de bonnes raisons de penser que l'identité de cette(ces) personne(s) physique(s) et les éléments d'identification précédemment obtenus ne sont plus exacts ou pertinents, selon les mêmes modalités qu'à l'entrée en relation d'affaires. Il s'agit, par exemple, pour les personnes physiques, d'un changement de nom patronymique, prénom, voire de sexe, ou l'emploi d'un nom d'usage. Une nouvelle

vérification de l'identité du client, personne morale, peut intervenir, par exemple, suite à un changement de dénomination sociale, de forme ou de siège social.

- **La connaissance de la relation d'affaires**

La connaissance de la relation d'affaires obéit à un principe de proportionnalité. Elle est fonction du degré de risque présenté par celle-ci. Ainsi, pour rappel, les organismes financiers peuvent ne pas recueillir des éléments de connaissance d'une relation d'affaires avec une personne ou pour un produit présentant un risque faible dit « légal ».

- **Que vérifier pour les personnes physiques (client et bénéficiaire effectif) ?**

La justification de l'adresse du domicile

La justification de l'adresse du domicile du client, et le cas échéant du bénéficiaire effectif, figure parmi les éléments d'information listés à titre indicatif dans l'arrêté précité. Le recueil d'un tel justificatif n'est donc pas indispensable au titre de la connaissance de la relation d'affaires, mais peut s'avérer nécessaire en cas d'ouverture d'un compte

L'activité professionnelle et la situation financière

Les éléments d'informations pertinents à recueillir portent, en principe, sur la profession et/ou la fonction exercée, les revenus ou ressources ainsi que le patrimoine s'il permet de comprendre les opérations qui seront réalisées (par exemple, lorsque les revenus du client sont en tout ou partie tirés de son patrimoine immobilier). Ces informations sont en effet indispensables à l'exercice de la vigilance constante.

L'origine des fonds

Les organismes financiers peuvent recueillir des éléments relatifs à la provenance des fonds à l'entrée en relation d'affaires. La seule

information selon laquelle les fonds proviennent d'un compte ouvert au nom du client ne suffit pas en cas de risque élevé/profil de risque élevé. Lorsqu'à l'entrée en relation d'affaires, les fonds versés proviennent de l'étranger, d'un tiers ou sont d'un montant important au regard de la situation financière du client, il est nécessaire de connaître l'origine de ces fonds, autrement dit de s'interroger sur la manière dont l'épargne a été constituée.

La destination des fonds

Les organismes financiers se renseignent, selon une approche par les risques, sur la destination des fonds : par exemple, lorsque la relation d'affaires porte sur l'obtention d'un crédit à la consommation dont le montant est supérieur à 1 000 euros ou sur des opérations régulières de transmission de fonds. Lorsque cette vérification est effectuée, il ne suffit pas de savoir si les fonds sont versés sur un compte au nom du client, il convient d'interroger ce dernier sur l'objet des opérations.

La nature des liens existants, le cas échéant, avec les tiers

Lorsque des tiers (mandataires ayant procuration, tiers payeurs...) interviennent ou sont amenés à intervenir dans le cadre de la relation d'affaires, il est pertinent de connaître, outre l'identité de ces personnes, la nature des liens existants (lien de parenté, d'affaires etc...) entre le client, et le cas échéant le bénéficiaire effectif, et ce tiers, voire l'origine des fonds.

- **Que vérifier pour les personnes morales (client et bénéficiaire effectif) ?**

Les éléments d'information à recueillir par tout moyen (par exemple, les statuts) sont en principe l'adresse du siège social, l'objet social, le secteur d'activité, ainsi que la situation financière des personnes morales (par exemple, les comptes annuels, la liasse fiscale).

- **L'actualisation de la relation d'affaires**

Conformément aux articles L. 561-5-1 et R. 561-12, les organismes financiers actualisent les éléments d'information nécessaires ou pertinents à la connaissance de la relation d'affaires pendant toute sa durée et selon une approche par les risques. Ils mettent en place à cet effet un dispositif de mise à jour de la connaissance de leurs relations d'affaires. En particulier, ils prévoient, dans leur procédure interne, les modalités de mise à jour, dont sa fréquence, ainsi que la nature et l'étendue des éléments d'information à mettre à jour. Par exemple, la mise en place d'un système de double écoute des appels ou l'incitation à la mise à jour des données via l'intéressement des conseillers ne permettent pas, en elles-mêmes, de s'assurer que les obligations d'actualisation des informations relatives à la connaissance de la relation d'affaires sont bien respectées.

- **L'identification et la vérification de l'identité du client occasionnel**

La réglementation n'impose pas la mise en œuvre de mesures de vigilance à l'égard du client occasionnel et, le cas échéant, de son bénéficiaire effectif.

Cependant, conformément au II de l'article L. 561-5, les organismes financiers identifient et vérifient l'identité de leur client occasionnel, et le cas échéant du bénéficiaire effectif, avant de réaliser l'opération :

- soit, en cas de soupçon de BC-FT : à cet effet, ils se réfèrent à tout élément dont ils ont connaissance, public ou notoire, sur le client ou l'opération, ainsi qu'aux typologies diffusées par le GAFI, TRACFIN ou toute autre autorité compétente en matière de LCB-FT. Ils tiennent également compte des éventuelles désignations effectuées par TRACFIN en application de l'article L. 561-26 ;
- soit, lorsque l'opération répond à l'une des conditions limitativement énumérées au II de l'article R. 561-10. Il s'agit par exemple :

- * d'une opération de transmission de fonds, quel que soit son montant ;
- * d'une opération de change manuel d'un montant unitaire supérieur à 1 000 €
- * ou des opérations de change liées entre elles dont le montant cumulé est supérieur à 1 000 €
- * ou encore de toute opération de change à distance, quel que soit son montant.

- **Cas du recours à un courtier grossiste dans le secteur de l'assurance**

Dans certains cas, un « courtier grossiste », qui est un courtier d'assurance immatriculé au registre tenu par l'ORIAS, s'interpose entre un organisme d'assurance et un « courtier direct », en contact avec la clientèle, pour la souscription des contrats.

Dans ce schéma, il est admis que le courtier grossiste, tiers introducteur de l'organisme d'assurance, puisse déléguer au courtier direct le recueil des éléments d'identification, de vérification d'identité et de connaissance de la clientèle à l'entrée en relation d'affaires. La convention de tierce-introduction passée entre l'organisme d'assurance et le courtier grossiste précise alors notamment les modalités de transmission de ces éléments à l'organisme d'assurance, ainsi que les modalités de contrôle du courtier direct par le courtier grossiste. Dans tous les cas, l'organisme d'assurance demeure responsable de la mise en œuvre des mesures de vigilance LCB-FT.

- **La conservation des documents**

Conformément à l'article L. 561-12, les organismes financiers conservent l'ensemble des documents et informations recueillis à l'égard de leur clientèle, y compris le bénéficiaire effectif, pendant 5 ans à compter :

- de l'exécution de l'opération pour les clients occasionnels ou
- de la rupture/cessation des relations d'affaires.

Ils conservent également – sous réserve de dispositions plus contraignantes – les documents et informations portant sur les opérations réalisées par leur clientèle pendant cinq ans à compter de l'exécution de ces opérations ainsi que les éléments recueillis au titre de l'examen renforcé effectué en application de l'article L. 561-10-2.

- **Cas particulier démembrement de propriété d'actions entre un nu-propriétaire et un usufruitier**

Sont considérés comme bénéficiaire(s) effectif(s), selon les statuts de la société :

- la(les) personne(s) physique(s) ayant la qualité de nu-propriétaire(s) qui détien(nen)t, directement ou indirectement, plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société. Le calcul de ce pourcentage prend en compte la chaîne de détention ;
- la(les) personne(s) physique(s) ayant la qualité d'usufruitier qui joui(ssen)t de l'usage, directement ou indirectement, de plus de 25 % des droits de vote de la société ;
- ainsi que la(les) personne(s) physique(s) qui exerce(nt), par tout autre moyen, un pouvoir de contrôle, au sens des 3° et 4° du I de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les organes d'administration, de direction ou de surveillance de cette société ou sur son assemblée générale. Cela vise, par exemple :
 - * la(les) personne(s) physique(s) ayant la qualité de nu-propriétaire qui, sans détenir plus de 25 % du capital ou des droits de vote de la société, détien(nen)t une part significative de ce capital ou de ces droits de vote qui lui(leur) permet d'exercer un contrôle, au sens des 3° et 4° du I de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur les organes d'administration, de direction ou de surveillance de cette société ou sur son assemblée générale ;
 - * la(les) personne(s) physique(s) ayant la qualité d'usufruitier qui, sans jouir de l'usage de plus de 25 % des droits de vote de la société, joui(ssen)t de l'usage d'une part significative de ces droits de vote qui lui(leur) permet d'exercer un contrôle, au sens du 3° du I

de l'article L. 233-3 du code de commerce, sur l'assemblée générale de cette société.

La déclaration de soupçon

- **Que faire en cas de détection d'une opération inhabituelle ou suspecte ?**

En cas de détection d'une opération inhabituelle ou suspecte, les organismes mettent en œuvre, de manière adaptée aux risques, l'ensemble des mesures de vigilance prévues par la réglementation.

Les procédures internes

- **Est-ce que la mise en œuvre des mesures de vigilance simplifiée exonère les organismes financiers de la mise en place d'un dispositif général de surveillance ?**

Non, La mise en œuvre de mesures de vigilance simplifiées n'exonère pas les organismes financiers de la mise en place d'un dispositif général de surveillance et d'analyse des opérations qui soit adapté à leurs activités, leurs produits et leur clientèle.

- **Que sont les procédures internes ?**

Les organismes définissent dans leurs procédures internes l'ensemble des documents d'identité satisfaisant, qui sont dès lors recevables à des fins de vérification de l'identité du client. Ils tiennent notamment compte des situations particulières de certains clients qui ne sauraient, par exemple, présenter une carte nationale d'identité en cours de validité (il s'agit par exemple du cas de certains majeurs protégés, de personnes âgées mais aussi également d'enfants en bas âge voire d'enfants mineurs, des personnes de nationalité étrangère résidant sur le territoire national ou des demandeurs d'asile).

- **Comment être vigilant face à la fraude documentaire ?**

Face au risque de fraude documentaire, les organismes financiers sont particulièrement vigilants quant à l'examen de l'authenticité du document d'identité présenté. Lorsqu'il s'avère difficile en pratique de s'en assurer, en particulier dans l'hypothèse où le document a été délivré par une autorité étrangère, les organismes recueillent une pièce justificative supplémentaire permettant de confirmer l'identité de ces personnes. Si le recueil d'une seconde pièce d'identité est privilégié en cas de doute sur l'identité d'une personne, celle-ci n'est pas obligatoire. Si le client n'est pas en

mesure d'en fournir une, l'organisme peut recueillir tout document comportant au moins des éléments de nature à confirmer l'identité d'une personne tels que les nom, prénoms et date de naissance, voire le lieu de naissance. Il peut s'agir, par exemple, de la carte Vitale, de l'original du livret de famille ou d'un extrait de registre d'état civil du pays d'origine ou tout autre document délivré par les autorités consulaires du pays d'origine du client.