



GUYLAINE POTTIER
CONSULTANTE EN ASSURANCE
AUDIT ET CONSEIL

UNE EXPERTISE OBJECTIVE AU SEUL BENEFICE DES ENTREPRISES

Pibrac, le 18 octobre 2018



Edito

Courtiers et agents généraux d'assurance pas tout-à-fait prêts pour respecter les nouvelles exigences légales.

La Directive sur la distribution d'assurances est entrée en vigueur le 1^{er} octobre en France. Elle a notamment pour objectif d'assurer **une meilleure protection des assurés** par la mise en place d'une traçabilité du devoir de conseil, d'un contrôle sur la conception et la distribution d'un produit d'assurance.

Ainsi, dorénavant, l'assuré doit connaître la source et la nature de la **rémunération de son courtier ou agent** et recevoir un nouveau **document d'information standardisé** (Ipid) avant souscription pour mieux comprendre ce qu'il va signer.

Le **défi pour les assureurs** a été de concevoir un document simple tout en restant compliance, de vulgariser mais pas trop ! De faire tenir les dizaines de pages des conditions générales sur un recto verso... Les assureurs ont été obligés de repenser en profondeur la façon dont ils formalisent et présentent leurs garanties. Ils disposent aujourd'hui d'un modèle précis et contraignant, établi par les instances européennes et nationales, leur laissant **très peu de marge de manoeuvre** : format, rubriques, zones de texte, couleurs à utiliser... Même la taille des caractères et la place du logo (obligatoirement celui du porteur de risque) ont été définies !

Ce document d'information va-t-il remplir son objectif ? A suivre ...

La finalité incertaine du nouveau document d'information, dénommé Ipid

Ce document précontractuel s'inscrit dans la recherche constante d'une amélioration des droits de l'assuré. Sa pertinence reste à démontrer.

Il est difficile d'apprécier l'impact de cette nouvelle réglementation... Va-t-elle constituer une réelle avancée sur le marché ou alors, simplement alourdir la charge pour les assureurs et intermédiaires d'assurance en leur imposant des exigences qui seront en pratique de peu d'effets ?

Ce mouvement de protection des assurés et cette financiarisation du droit des assurances se sont traduits en pratique par le **développement du nombre de documents à produire et à fournir à l'assuré** pour éclairer sa compréhension sur le produit souscrit.

En réponse à ce mouvement, d'aucuns pourraient être tentés de dire qu'il suffisait au preneur d'assurance de lire les conditions générales et particulières de sa police pour être à même de comprendre son contenu.

À l'inverse, il est vrai que certains produits contenaient un « **jargon** » qui n'était pas de nature à permettre à l'assuré de comprendre exactement le contenu de ses garanties et donc l'étendue de son engagement.

Un document précontractuel normalisé

Il s'agit d'un document normalisé et non personnalisé d'informations sur le produit, distinct des informations précontractuelles et contractuelles.

La question se pose donc de **savoir si l'Ipid sera réellement de nature à mieux informer l'assuré** et lui permettre de souscrire un produit de manière éclairée ou s'il s'agit en pratique d'un **nouveau document obligatoire se superposant aux conditions générales et autres fiches d'informations usuelles**.



Il a pu être constaté sur le marché que les assureurs ont entendu jouer le jeu, en préparant en amont ces documents ou en élaborant des groupes de travail avant même l'entrée en vigueur de la nouvelle législation.

Il s'est révélé que préparer et rédiger l'Ipid est **complexe**. La délimitation entre certaines catégories devant figurer sur l'Ipid n'est pas évidente comme par exemple distinguer entre « ce qui n'est pas assuré » et « les exclusions ».

En outre, l'Ipid étant par définition un **document court** de deux (voire trois) pages, un autre sujet pratique revient à déterminer quels sont les arbitrages que l'assureur doit réaliser pour considérer que **telle information mérite plus qu'une autre de figurer dans l'Ipid** et ce d'autant plus que le produit d'assurance est complexe.



Ne sont pas concernés par la remise de l'Ipid : les grands risques, les opérations de la branche caution, la protection complémentaire en matière de santé et l'assurance emprunteur

Une portée limitée devant les tribunaux

L'Ipid va-t-il réaliser le but qui lui a été assigné par le législateur : améliorer la prise de connaissance du contenu de la police par le preneur d'assurance, avant sa souscription ?

La vérification de cette compréhension s'analysera au stade d'un précontentieux (médiation, etc) ou d'un contentieux au moment de la prise en charge ou non d'un sinistre par l'assureur.

Dans le cas d'un litige porté devant les juridictions compétentes au sujet de l'interprétation des garanties d'une police, l'Ipid pourrait être en ce sens considéré ou utilisé par les juges comme étant un **indice de lecture du contenu de la police d'assurance**.

Mais dans la mesure où l'Ipid n'est qu'un résumé du contenu de la police, son utilisation resterait limitée.

L'Ipid ne se substitue pas aux conditions générales et particulières d'une police.

En pratique, en cas de contentieux, l'impact de l'Ipid semblerait limité.

L'argus de l'assurance 21 juin 2018

Assurances: nouvelles hausses des tarifs en 2019

Les assurances auto et habitation devraient augmenter de 1 à 2% en moyenne l'an prochain.

Le secteur de l'assurance-auto est rentable et la sinistralité devrait continuer à diminuer (moins d'accidents mortels, limitation de vitesse à 80km par heure, nouveaux radars...).

La hausse devrait être un peu moins marquée qu'en 2018 (augmentation de 2 et 3% en moyenne après +1,6% en 2017), et atteindre 1% à 2%.

Toutefois, de telles augmentations ne devraient pas couvrir l'inflation (2,5%) du **coût des pièces détachées et de la main-d'œuvre qualifiée** pour les changer, grandement liée aux composants électroniques très présents dans les voitures.

Mais la concurrence exacerbée à laquelle se livre le secteur rend peu réaliste la possibilité de faire passer des hausses importantes

Pour attirer de nouveaux clients, les compagnies multiplient les promotions. Au détriment des clients fidèles dont les tarifs pourraient augmenter de 2 à 2,5%.

De fait, depuis la loi Hamon qui facilite le changement d'assureur, les français n'hésitent plus à faire jouer la concurrence.

Pour compenser la perte de clients et en attirer de nouveaux, les compagnies (mutuelles, assureurs traditionnels, banques...) multiplient les promotions.

Il s'agit d'un jeu très dangereux qui encourage les résiliations de contrats.



Tous les assureurs ne sont toutefois pas logés à la même enseigne.

Les **mutuelles**, comme la Macif, la Maïf ou GMF (8% de rotation) et la Maaf (12%), sont celles qui parviennent le mieux à conserver leurs clients car elles défendent leurs positions avec des marges limitées. Elles sont suivies par les **assureurs traditionnels** (14% chez Allianz).

A contrario, les **bancassureurs** qui pourtant gagnent beaucoup de terrain en assurance auto (13,2% de parts de marché en 2017 contre 10,4% en 2012), ne parviennent pas à conserver durablement leurs clients (18% à 25% de turnover).

Les tarifs des **agents généraux** d'assurance sont trop élevés et pas compétitifs. Pour la première fois, leur chiffre d'affaires a baissé en 2017.

Un projet inflationniste pour les primes autos ?

Le ministère de la Justice envisage d'étendre la garantie responsabilité civile à **l'indemnisation des conducteurs fautifs**, hors faute inexcusable. Ces derniers sont aujourd'hui couverts par des garanties individuelles conducteurs facultatives.

#COMMENTJASSURE vous dit tout

ASSURANCE AUTO



À NOTER

Les garanties optionnelles peuvent vous couvrir même si vous êtes responsable mais pas si vous êtes négligent et fautif pénalement

www.commentjassure.fr

En les incluant dans la **RC obligatoire**, la réforme devrait accroître la sinistralité et le coût des dommages corporels, entraînant une charge supplémentaire pour les assureurs auto qui devraient la répercuter sur les primes d'assurance.

Les tarifs pourraient grimper de 25 %, estiment des sources de marché !

L'heure est aussi à la modération tarifaire en matière d'assurance habitation.

Les primes devraient grimper de **1 à 2%** en moyenne en 2019. Toutefois, les disparités d'une compagnie et d'un contrat à l'autre seront importantes ; certains assurés pourraient avoir de mauvaises surprises, jusqu'à 5% d'augmentation.

Malgré la multiplication des catastrophes naturelles, **l'activité est rentable**. Les fortes hausses de tarifs depuis une dizaine d'années permettent aux assureurs d'absorber les dérives climatiques.



Dans ce secteur, les cartes ont été rebattues ces dernières années. Les **bancassureurs** pèsent désormais près d'un quart du marché de l'assurance habitation. Leur force de frappe est importante. Crédit agricole est désormais le quatrième assureur dans ce segment derrière Covéa (MMA, GMF et Maaf), Axa et Groupama. Crédit mutuel arrive en septième position.

Le Figaro 04/10/2018

L'assurance auto est indispensable et incontournable.

Jusqu'à quel point peut-on rogner sur le prix de l'assurance auto ? Est-ce une bonne idée ?

Les frais liés à un véhicule

Selon une étude publiée par lecomparateurassurance.com, les français consacrent un budget annuel moyen de 5 883 € à leur véhicule. Ce chiffre inclut bien sûr les divers secteurs de dépenses liés à l'automobile.

L'achat du véhicule lui-même s'élève en moyenne à 25 828 €, soit environ 17 mois de salaire moyen. Au vu de cette dépense incompressible, les assurés optent généralement pour une couverture maximale.

Ils sont en effet 48 % à souscrire à une formule " tous risques ", contre 38 % " au tiers " (minimale) et 15 % " médiane " (intermédiaire).

Si ce choix va à contre-courant de l'économie sur le moment, il relève de la prévoyance, sachant que les frais automobiles peuvent rapidement être élevés en cas d'accident ou d'avarie.

Bien sûr la grande majorité des assurés comparent les prix avant de souscrire une assurance auto. La plupart ont recours à un comparateur d'assurance auto en ligne.

Les assurances auto les plus utilisées

Les formules tous risques présentent l'avantage d'inclure en général les diverses options plébiscitées par les assurés.



En tête :

- les " garanties du conducteur " : 18 % des options demandées
- l'assistance en cas de panne : 16 %
- l'assistance 0 km en cas d'accident : 11 %
- véhicule de remplacement en cas d'accident : 10 %

Ces statistiques attestent de la volonté des conducteurs de **recupérer au plus vite leur véhicule** ou un véhicule de remplacement en cas d'accident ou de panne et par ailleurs de bénéficier d'une protection optimale concernant la **protection corporelle du conducteur**.

Dans les faits, quelles sont réellement les assurances obligatoires ?

Seule une responsabilité civile (ou au tiers) est obligatoire pour conduire un véhicule.

Elle est donc incluse dans toutes les formules, y compris les moins onéreuses.

En cas d'accident, cette garantie permet l'indemnisation des dommages causés aux tiers par le conducteur ou l'un de ses passagers.

Cette assurance minimale n'offre toutefois qu'une couverture limitée. En cas d'accident responsable, elle laisse à l'assuré la charge de l'intégralité des frais.

L'option de rouler sans assurance est quant à elle illégale et expose le conducteur à des amendes en cas de contrôle, moindre mal par rapport aux frais éventuellement exorbitants qu'il encourt en cas d'accident, volontaire ou non.

Actionco.fr 2 oct. 2018

L'éco-conduite, de bonnes habitudes pour alléger la facture

Alors que les prix des carburants repartent vers les sommets, que les cotisations d'assurance augmentent, cette pratique permet de limiter la hausse du budget, en réapprenant à manier l'accélérateur sans pour autant adopter un rythme de tortue. Une approche déjà déployée avec succès par plusieurs entreprises en France dont notamment La Poste.

La Poste affirme économiser ainsi dix millions d'euros tous les six ans. 80% des accidents venaient de 20% des conducteurs.



Avec l'éco-conduite, le nombre d'accidents importants a diminué de 15% en moyenne. Le taux de responsabilité pour les assurances a aussi baissé de 10- 12% et les amendes de 20%.

Certaines assurances proposent d'ailleurs des bonus en cas de stage, des applications grand public voient le jour et de plus en plus d'entreprises, par choix ou par contrainte législative, sensibilisent leurs salariés.

Les règles d'or de l'éco-conduite

Conduire de façon souple et fluide, privilégier le rapport de vitesse supérieur, utiliser l'élan, couper le moteur en arrêt prolongé. C'est tout le contraire d'une conduite pépère ; elle est **active, dynamique, concentrée.**

D'abord confidentielle, cette pratique s'est démocratisée lors de la dernière décennie. La Poste a mis quatre ans à former ses 100.000 facteurs et ses commerciaux.

D'autres **centres de formation** sont apparus, comme la société Beltoise Evolution qui propose des stages sur son circuit de Trappes (Yvelines). La bonne technique fait toute la différence comme l'a constaté ce **stagiaire qui a consommé 15% de moins sur un tour, tout en le bouclant 21% plus vite que lors de son premier essai.** Des gains qui représenteraient, pour 30.000 kms parcourus par an, pas moins de 427 € d'économie par an.

L'éco-conduite également bénéfique pour limiter l'usure du matériel.

La durée de vie des pièces d'usure, le plus gros budget d'un véhicule devant le carburant, peut également doubler entre deux conducteurs.



Apps et objets connectés pour forger les bonnes habitudes constituent une autre porte d'entrée sur l'éco-conduite pour le grand public.

Gadgets à l'efficacité limitée pour les uns, ils sont utiles pour d'autres car ils permettent de continuer à motiver des conducteurs déjà initiés aux bons gestes.

Un **boîtier électronique** installé sur le véhicule restitue des diagnostics en direct. L'appli surveille la vitesse, l'utilisation du frein moteur.

Avec des signaux sonores différenciés, elle prévient quand il faut changer de vitesse. Chaque trajet donne un **score** aux conducteurs. On peut réaliser des classements sur une même voiture, un même déplacement. Ça pousse à faire mieux.



Une façon de rendre la conduite plus **ludique**... avec à la clé, de nouvelles habitudes permettant de réaliser de vraies économies.

Sciences et Avenir 05/10/2018

Les EDP ou NVEI vont envahir les espaces urbains

Encore confidentiels il y a quelques années, ces modes de déplacement - trottinettes électriques, monocycles électriques et tous autres engins de même nature- que l'on peut acheter ou louer en libre-service, se développent rapidement.

Sur la base d'un sondage réalisé en mars, l'assureur Aviva estime que 3 % des Français utilisent déjà des NVEI, soit **1,5 million de personnes** et que 17 % ont l'intention de les utiliser prochainement, soit **8,5 millions d'utilisateurs potentiels**.

Les utilisateurs de ces engins sont aujourd'hui dans un **fou juridique** absolu, étant ignorés du Code de la route mais pas des règles générales de la responsabilité civile applicables à tous.

Pour le moment, en l'absence d'autres dispositions, les utilisateurs de ces engins sont considérés comme des **piétons** et sont donc supposés utiliser les trottoirs comme ces derniers, sous-entendu

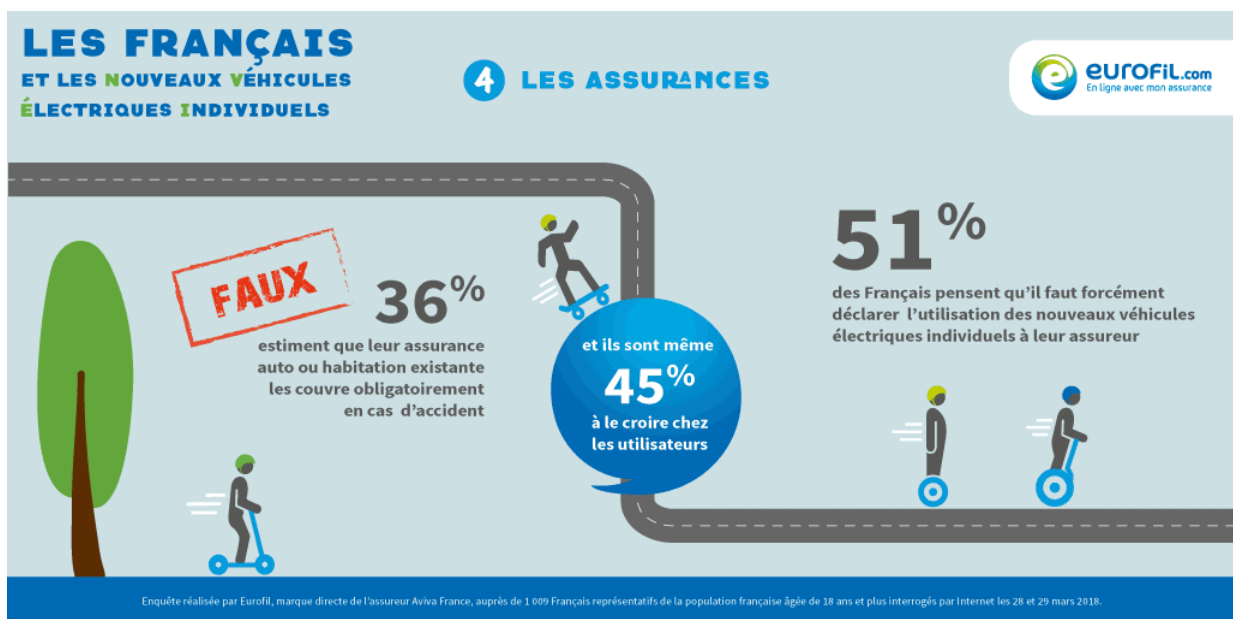
« à l'allure du pas » soit maximum 6 km/h.

Les trottinettes électriques sont vendues pour 25 km/h ce qui exclut toute possibilité de cohabitation avec les piétons mais elles semblent être tolérées sur les pistes cyclables.

Certaines trottinettes en vente dans le commerce peuvent atteindre 85 km/h, sans aucune obligation de port de casque, de lumière ou d'immatriculation.

Les pouvoirs publics vont bientôt légiférer dans le cadre du projet de loi sur les mobilités.

RiskAssur-hebdo 29 juin 2018



Auto: La difficile chasse aux conducteurs non assurés

Le fichier des véhicules assurés doit voir le jour au 1er janvier 2019. Mais pour qu'il devienne un instrument efficace de lutte contre la non-assurance, il faudra d'abord s'assurer de la fiabilité de son contenu...

La chasse aux conducteurs non assurés est ouverte. Au 1er janvier 2019 doit en effet voir le jour le fichier des véhicules assurés.



Inscrite dans la loi de 2016 sur la Justice du XXI^e siècle, la mesure vise à lutter contre la non-assurance, responsable aujourd'hui de **10 % des accidents corporels en France**, selon le Fonds de garantie des assurances obligatoires (FGAO). Soit une sur-accidentalité des personnes conduisant sans assurance. Elles représentent en effet **7 % de la mortalité routière**.

S'ajoutent à cela des **enjeux financiers**. En cas d'accident de la circulation, lorsque le conducteur responsable n'est pas assuré, c'est le FGAO qui est tenu d'indemniser les victimes.

Face à l'importance du phénomène, le Fonds – qui se finance essentiellement sur les primes des contrats de responsabilité civile d'assurance automobile – a dû revoir à la hausse les contributions des assureurs et des conducteurs assurés.

Afin de lutter contre la non-assurance, le FGAO réclame depuis 2011 la création du fichier des véhicules assurés (FVA).

Données fournies par les assureurs

L'Agira (Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance) est chargée de constituer le fichier grâce aux données fournies par les assureurs auto et les courtiers opérant en délégation d'assurance, à savoir le numéro d'immatriculation du véhicule, la dénomination et l'adresse de l'assureur, le numéro du contrat d'assurance et sa période de validité.

À partir de ce premier fichier, l'Agira obtiendra par le jeu d'une soustraction avec le système d'immatriculation des véhicules, une liste de « véhicules susceptibles de ne pas satisfaire à l'obligation d'assurance ».

Cela devrait permettre au FGAO d'améliorer sa connaissance des populations non-assurées et ainsi de mieux cibler ses actions de prévention.

Selon la délégation interministérielle à la sécurité routière, des courriers individuels seront envoyés aux personnes susceptibles de ne pas être assurées afin de les alerter sur les risques



Le FVA sera également consulté par les forces de l'ordre afin de sanctionner les conducteurs non-assurés : ces derniers encourent une **amende forfaitaire** délictuelle. Des ajustements seront toutefois nécessaires avant qu'elles puissent recourir à ce fichier de manière efficace.

À la mise en service de ce fichier, il y aura inéluctablement des anomalies. Il sera nécessaire de laisser un temps d'adaptation en 2019 pour les corriger afin que les assurés ne soient pas verbalisés par erreur.

S'assurer de la fiabilité des données contenues dans le fichier est, en effet, un chantier de taille. Les assureurs auto, chargés de transmettre les informations requises à l'Agira, ont entrepris de lourds travaux de préparation.

De même, la prudence est de mise sur le fichier des véhicules susceptibles de ne pas satisfaire à l'obligation d'assurance (FVNA). Dans la mesure où il sera obtenu grâce au croisement entre le système d'immatriculation des véhicules (SIV) et le fichier des véhicules assurés (FVA), il dépend de la fiabilité des données contenues dans ce dernier.

Si elle est complexe à mettre en œuvre, la mesure a déjà prouvé son efficacité chez nos voisins européens.

Des chauffards sur la route

Les véhicules roulant sans assurance représentent :

- près de 3 % des véhicules immatriculés en France (entre 700 000 et 1 million de véhicules)
- 7 % de la mortalité routière et sont responsables de 10% des accidents corporels

L'argus de l'assurance 20/09/2018

Remettre à plat ses assurances, une bonne habitude

Tous les acteurs du secteur public doivent publier un nouvel appel d'offres pour leur programme d'assurances tous les quatre ans. Du côté des acteurs privés, cette habitude est encore peu répandue. Et pourtant, il y a du bon sens à faire évoluer les garanties au fil des changements de l'activité et surtout à régulièrement clarifier l'ensemble de son dispositif assurantiel.

Comment intervient une telle décision ? Quels services peut-on attendre d'un auditeur en assurances ? Et surtout, qu'attendez-vous pour le faire ?

Parmi les **déclics** qui amènent une entreprise à remettre en question son programme assurantiel, on trouve un sinistre mal ou non indemnisé, des primes injustement majorées, de nouvelles activités ou l'acquisition de nouveaux m² à garantir, l'émergence de nouveaux risques, tant pour des changements réglementaires que pour des évolutions technologiques. Un chef d'entreprise peut aussi avoir le besoin de remettre à plat le dossier assurances d'une entreprise qu'il reprend.

Si le premier réflexe est de recourir à son courtier ou à son agent d'assurance habituel, pourquoi ne pas en profiter pour **s'ouvrir des perspectives nouvelles ?**

Pourquoi ne pas **remettre à plat** l'ensemble d'un dispositif qui est souvent le fruit d'une juxtaposition de polices souscrites au fil du temps et devenues parfois inadaptées ?

La première étape de la démarche : **repartir de la base, de l'essentiel**, à savoir vos besoins en matière de transfert de risques.

Votre entreprise est unique et ne doit pas se contenter de souscrire des solutions préédigées, prédigérées.

Ensuite, il s'agit de **mettre face-à-face la structure des risques de votre entreprise et son dispositif assurantiel**. L'audit peut révéler des contrats en nombre excessif, des couvertures redondantes, des clauses assez floues pour être contestées, des inexactitudes comme des adresses de sites inexacts ou oubliées.

L'audit peut aussi révéler des **garanties absentes ou insuffisantes**, y compris sur les polices aussi vitales que l'incendie, les pertes d'exploitation et la RC, ou encore des durées d'indemnisation trop courtes en pertes d'exploitation.

S'il vous paraît opportun de renégocier votre programme assurantiel, l'auditeur vous accompagnera dans **l'organisation d'une consultation** en établissant avec vous la présentation de votre entreprise et de ses risques, le **cahier des charges techniques**.

Il vous faut en effet donner aux candidats interrogés (assureurs, agents généraux ou courtiers) une vision objective de la situation de votre entreprise pour obtenir une **réponse optimale** : l'assureur n'offrira de proposition optimale ou de tarif optimum que s'il a le sentiment d'avoir compris le contexte, les composantes, les enjeux et les perspectives de votre entreprise ; il aura cerné au mieux les risques de votre entreprise.

L'auditeur est là pour lui **traduire** en langage de l'assurance les spécificités de votre entreprise et pour vous traduire les exigences de l'assureur.



Une fois reçues les réponses au cahier des charges, **l'auditeur va passer au crible les propositions** pour s'assurer qu'elles correspondent bien aux prérequis du cahier des charges, et voir comment elles se distinguent entre elles : les garanties, les franchises, les exclusions, les acomptes et aides matérielles en cas de sinistre grave et bien sûr les tarifs.

Lire et faire comprendre à son client les petites lignes des propositions, c'est le rôle et la compétence de l'auditeur.

Une fois ses commentaires faits et avec son aide technique, vous pourrez alors

aller plus avant en répondant aux candidats avec commentaires et demandes d'améliorations spécifiques ; puis l'offre définitive arrive.

Il s'agit alors de **faire un choix**. L'auditeur sera là pour vous livrer ses **préconisations**, précises et objectives. Il mettra très certainement au premier rang des priorités la qualité des dispositifs techniques et des services car il est convaincu qu'une bonne police d'assurance coûte toujours trop cher...jusqu'à ce qu'on en ait besoin. Mais vous disposerez d'une totale liberté **selon vos propres critères qualité / confort / prime**.

Du reste, sauf si vos garanties d'assurance étaient dangereusement insatisfaisantes ou si la sinistralité est importante, en remettant à plat votre dispositif assurantiel, vous avez tout à y gagner économiquement. Soit les primes baissent pour des garanties similaires ou plus intéressantes, soit les primes restent similaires mais avec un nouveau montage et des garanties plus ajustées et plus importantes.

L'intervention de l'auditeur en assurances peut ensuite s'étendre dans la durée, après la mise en place du nouveau programme d'assurances, afin d'en **assurer le suivi par une veille active** : surveiller les hausses annuelles de cotisations ou les évolutions de garanties en vérifiant qu'elles soient justifiées, donner des conseils avisés à chaque évolution de l'entreprise pour adapter les garanties ou encore faire jouer au mieux les droits de l'entreprise en cas de sinistre.

Brèves

Liquidation judiciaire prononcée pour l'ex-SFS France

Le tribunal de commerce de Paris a annoncé, jeudi 27 septembre 2018, la liquidation de l'ex-SFS France SAS, filiale du groupe SFS.

Cette société, renommée **Alliage Assurances** suite à son rachat pour 1€ symbolique par Bolero Participations SA en juin dernier, employait 171 salariés.

Parmi les nombreuses filiales du groupe SFS, deux autres sont également concernées par des procédures collectives: **SFS Europe** SA en liquidation volontaire depuis juillet dernier et **SFS Academy** SAS, dissoute en août dernier.

Pour rappel, le groupe SFS qui intervenait en libre prestation de service comme courtier et mandataire, vait acquis une certaine notoriété sur le marché de l'assurance construction en France.

En 2016, il avait dégagé un chiffre d'affaires de plus de 65 M€ et employait 400 salariés fin 2017.

Les difficultés du groupe s'expliquent notamment parce que son actionnaire majoritaire et principal porteur de risques, l'assureur néo-zélandais **CBL**, a été placé en liquidation temporaire le 23 février 2018. Issue attendue mi-novembre.

Autres difficultés : les sanctions prises à son encontre par plusieurs autorités de contrôle.

Au Luxembourg, le Commissariat aux assurances avait notamment sanctionné SFS Europe SA pour exercice illégal d'une activité de mandataire le 22 décembre 2017. En France, suite à plusieurs décisions de l'Orias, le groupe SFS ne dispose plus officiellement d'aucun agrément de mandataire depuis le 19 février 2018.

Argus de l'assurance 27/09/2018

Assurance construction: 250 000 contrats encore sans assureur en France sur les 500 000 contrats concernés par les défaillances d'opérateurs étrangers

Depuis quelques années, le marché français de l'assurance construction fait face à une série de défaillances d'opérateurs intervenant en libre prestation de service (LPS): Elite Insurance, Alpha Insurance, Gable Insurance, CBL ou encore le courtier grossiste SFS.

L'ampleur de la crise se dessine peu à peu. Représentants du courtage, régulateurs et assureurs plaident pour une **intervention urgente** sous peine de devoir se confronter à une série de **faillites en cascade** dans les mois à venir.

A ce stade, **250 000 contrats seraient encore en « déshérence »**, c'est-à-dire qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une reprise par un nouvel acteur du marché.

Une situation loin d'être résorbée, faute d'une réelle intervention coordonnée des acteurs concernés: ACPR, FFA et syndicats professionnels.

SMA Courtage met en avant les difficultés pour reprendre ces risques:

- convaincre l'assuré de racheter le passé pour ne pas laisser des trous de garanties
- reconstituer le dossier technique ou obtenir les relevés de sinistralité du contrat résilié

Des entreprises du BTP ont reçu des propositions de reprise avec des primes multipliées par deux, voire trois et la reprise ne porte que sur 2 années d'antécédents chez leur précédent assureur LPS. Pire, certaines se retrouvent même en situation de non-assurance, dans l'impossibilité légale de souscrire un nouveau contrat tant que la compagnie n'est pas officiellement en faillite.

SMA Courtage met également en avant la crainte de devoir payer des sinistres à 100 %, sans franchise auprès d'entreprises peu sérieuses dans le BTP. Et se demande si l'assurance décennale doit servir de caution pour des entreprises déresponsabilisées.

Que la responsabilité soit collective ou non, il y a pourtant urgence à intervenir sur le marché français. Faute d'action, ces acteurs seront tous complices demain de faillites d'entreprises du BTP.

Argus de l'assurance 12/10/2018

Quelques chiffres

2,1 Md€ Le montant des primes émises de l'assurance construction en France en 2016.

200 M€ Les primes émises par les assureurs opérants en LPS, soit 10 % environ des parts de marché de l'assurance construction.

1 entreprise sur 3 fait faillite dans les 3 ans qui suivent sa création dans le secteur de la construction.

Assurance construction: un nouvel acteur sur le marché français

Ergo France, la succursale française de l'assureur allemand, a décidé d'opérer plus tôt que prévu sur le segment de l'assurance construction, dès cette année.

Ergo France qui opère en libre établissement, se positionnera sur quelques segments ciblés, à savoir les artisans de la construction et les constructeurs de maisons individuelles.

Pour rappel, le portefeuille des risques d'entreprise en IARD d'Ergo se compose à hauteur de 47% en RC, RC Pro et RCMS, 25% en dommages aux biens, 20% en transport et 8% en risques techniques.

Argus de l'assurance 27/09/2018

Un peu de pratique des assurances

Dans quelles conditions peut-on s'adresser à un médiateur de l'assurance ?

Dès la fin des années 80, l'assurance s'est dotée de mécanismes de médiation en vue de la protection des consommateurs. Cette approche spontanée a été institutionnalisée par l'Europe en 2013.

Désormais, au sein du marché unique, tout consommateur doit se voir proposer un mode, gratuit et rapide, de résolution extrajudiciaire de son litige.

En pratique, les modalités de recours à la Médiation sont indiquées dans l'ensemble des documents contractuels.

Mieux encore, les réponses aux réclamations rappellent l'existence et les modalités de saisine de la Médiation.

En 2017, plus de 16 000 assurés ont saisi LMA, soit un accroissement de 9 % par rapport à 2016. L'accélération constatée sur les premiers mois de l'année illustre le succès croissant de cette approche alternative de règlement des différends.

En pratique, conformément à la législation européenne, les assurés ne peuvent saisir LMA qu'après avoir tenté de résoudre leur litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite, selon les modalités prévues au contrat et en amont de toute saisine d'un Tribunal.

Au recueil de l'avis de la Médiation, conformément aux dispositions de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, chaque partie reste libre de saisir les Tribunaux.

En pratique, dans plus de 99 % des cas, les professionnels suivent l'avis de la Médiation et seuls 2 assurés recensés ont saisi les Tribunaux l'an passé.

Ces chiffres démontrent l'acclimatation de cette procédure.

Ainsi la Médiation de l'Assurance participe-t-elle d'une protection accrue des consommateurs et, en même temps, de l'image de la Profession.

RiskAssur 30 mars 2018