

SESSION 2016

AGRÉGATION CONCOURS EXTERNE

Section : ÉCONOMIE ET GESTION
Option : PRODUCTION DE SERVICES

ÉTUDE DE CAS SUR LA GESTION DES
ENTREPRISES ET DES ORGANISATIONS

Durée : 5 heures

Calculatrice électronique de poche – y compris calculatrice programmable, alphanumérique ou à écran graphique – à fonctionnement autonome, non imprimante, autorisée conformément à la circulaire n° 99-186 du 16 novembre 1999.

L'usage de tout ouvrage de référence, de tout dictionnaire et de tout autre matériel électronique est rigoureusement interdit.

Dans le cas où un(e) candidat(e) repère ce qui lui semble être une erreur d'énoncé, il (elle) le signale très lisiblement sur sa copie, propose la correction et poursuit l'épreuve en conséquence.

De même, si cela vous conduit à formuler une ou plusieurs hypothèses, il vous est demandé de la (ou les) mentionner explicitement.

NB : *La copie que vous rendrez ne devra, conformément au principe d'anonymat, comporter aucun signe distinctif, tel que nom, signature, origine, etc. Si le travail qui vous est demandé comporte notamment la rédaction d'un projet ou d'une note, vous devrez impérativement vous abstenir de signer ou de l'identifier.*

Tournez la page S.V.P.

ACTIVITÉS DE SERVICES DANS LE SECTEUR DE LA BANQUE ET DE L'ASSURANCE

Les dossiers suivants sont proposés à votre réflexion ; ils peuvent être étudiés de façon indépendante :

Dossier 1 : Développement de l'activité prévoyance-épargne

Dossier 2 : La relation client en assurance

Dossier 3 : La couverture des dépenses de santé

L'étude s'appuie sur des éléments d'une situation réelle. Pour des raisons de confidentialité, les dénominations de l'établissement et des clients concernés, les produits et les données numériques ont été modifiées et simplifiées.

Le sujet comporte les annexes suivantes :

DOSSIER 1

Annexe 1 : Présentation des contrats « Euro-croissance » et « Vie Génération »

Annexe 2 : Le scandale des contrats en déshérence

Annexe 3 : Le conducteur, grand oublié des assurances auto

DOSSIER 2

Annexe 4 : Le déficit d'image des métiers de l'assurance

Annexe 5 : Allianz segmente ses clients en toute transparence pour leur donner des avantages selon leur importance

Annexe 6 : Présentation du e-constat auto

DOSSIER 3

Annexe 7 : Mécanisme de prise en charge des frais de santé

Présentation générale

La compagnie d'assurance S.A.F.E. est née en 1995 suite à la fusion de trois compagnies régionales. Elle s'appuie essentiellement sur son réseau d'agents généraux et de courtiers.

Si elle ne dispose pas de la notoriété médiatique des majors du secteur, elle bénéficie d'une bonne image de marque sur le segment de l'assurance automobile, grâce à des partenariats institués avec un réseau de réparateurs et d'experts automobiles.

La compagnie cherche à développer son offre commerciale afin de répondre à l'ensemble des besoins en assurance vie, prévoyance et santé de ses clients. Dans un contexte de concurrence accrue, elle souhaite notamment s'appuyer sur les nouvelles technologies afin de renouveler la relation à ses clients. C'est ainsi qu'elle vient de mettre en place un nouveau mode de gestion des règlements de sinistres des clients : ils auront désormais à faire à un interlocuteur unique. Le client peut joindre « son » correspondant directement par courriel ou encore sur sa ligne directe. Cette évolution organisationnelle est récente et l'entreprise s'interroge sur la façon dont elle peut accompagner ses collaborateurs pour faciliter ce changement.

C'est dans ce contexte qu'il vous est confié un certain nombre de dossiers à traiter.

DOSSIER 1 : Développement de l'activité prévoyance-épargne

Annexes 1 à 3

Vous êtes chargé-e par vos supérieurs dans le cadre de réflexions stratégiques autour du pôle prévoyance-épargne de mener trois études qui concernent :

- deux dispositifs fiscaux d'orientation de l'épargne qui tardent à décoller ;
- les contrats dits en déshérence ;
- la formation des réseaux commerciaux sur la complémentarité des produits prévoyance et d'assurance automobile.

1.1 Préparation du lancement de nouveaux produits d'épargne

Vous êtes amené-e à vous interroger sur l'opportunité pour la société S.A.F.E. de lancer deux nouveaux produits d'épargne : les contrats « Vie Génération » et les contrats « Euro- croissance ».

- 1.1.1 Rappeler les principales caractéristiques des contrats « Vie Génération » et des contrats « Euro-croissance » en les distinguant de l'enveloppe fiscale classique « assurance vie ».
- 1.1.2 Quel a été l'objectif du législateur qui a créé ces deux nouvelles enveloppes fiscales ?
- 1.1.3 Expliquer pourquoi ces produits tardent à « décoller » sur ce marché et en quoi ils peuvent être un levier de croissance du chiffre d'affaires pour la société S.A.F.E.

1.2 Prévention et gestion des contrats dits en déshérence

Face au « scandale » des contrats dits en déshérence, la société S.A.F.E. souhaite se mettre en règle avec les réglementations imposées dans ce domaine.

- 1.2.1 Définir le terme de « contrat en déshérence ».
- 1.2.2 Quelles sont aujourd'hui les obligations imposées aux assureurs concernant ces contrats dits en déshérence ?
- 1.2.3 Quelles précautions prendre à la souscription pour faciliter ce travail à l'avenir ?

1.3 Comparaison entre la temporaire décès et la garantie du conducteur

Afin de participer à la formation des commerciaux vous êtes chargé-e de rédiger une note explicative sur des points techniques présents dans plusieurs produits commercialisés par S.A.F.E. : un produit de prévoyance, la « temporaire décès », et une garantie généralement souscrite dans le contrat automobile, la garantie du conducteur.

- 1.3.1 Expliquer comment les contrats de prévoyance dits « temporaires décès » peuvent intervenir pour assurer les personnes victimes d'accident automobile.
- 1.3.2 Quelles sont les principales différences en termes de modalités d'indemnisation et de recours entre « temporaire décès » et garantie du conducteur ?

DOSSIER 2 : La relation client en assurance

Annexes 4 à 6

2.1 Marketing relationnel et secteur de l'assurance

- 2.1.1 Après avoir défini le concept de marketing relationnel, rappeler ses principales caractéristiques. Montrer quels sont les principaux enjeux, pour le secteur de l'assurance, de l'adoption du marketing relationnel.
- 2.1.2 Quelles sont les difficultés rencontrées par les compagnies d'assurance dans la mise en œuvre d'un marketing relationnel à destination de leurs clients particuliers ? Distinguer les difficultés liées aux produits, des difficultés liées à l'organisation de la distribution des produits d'assurance.
- 2.1.3 En quoi un programme de fidélisation comme « Fid'Allianz » (décrit dans l'annexe 5), programme du leader sur le marché, peut-il faciliter la mise en place d'un marketing relationnel ?

2.2 Les nouveaux enjeux de l'introduction du multicanal dans la déclaration d'un sinistre en assurance automobile

- 2.2.1 Montrer l'intérêt, pour une compagnie d'assurance de l'utilisation par ses clients du e-constat.
- 2.2.2 Après avoir représenté, sous la forme d'un parcours client, l'utilisation du e-constat dans le processus de déclaration d'un sinistre, analyser les motivations et les freins, pour les clients, d'utiliser le e-constat.
- 2.2.3 Quelles sont les principales dimensions de la qualité perçue par les clients qui ont été modifiées par l'introduction massive du multicanal dans la relation client ?

2.3 Les enjeux marketing de la gestion des sinistres

- 2.3.1 Après avoir expliqué pour quelles raisons la gestion des sinistres peut s'apparenter à un « moment de vérité », montrer en quoi la gestion des sinistres est une occasion d'enrichir la relation client.
- 2.3.2 De nombreuses assurances proposent lors de la gestion des sinistres, des prestations de services conçues alors comme un substitut à une indemnisation financière. Rédiger une courte note qui puisse aider S.A.F.E. à décider de la mise en œuvre ou non d'une telle stratégie.

2.4 Les enjeux RH de la gestion des sinistres

- 2.4.1 Décliner le besoin d'évolutions en matière de compétences des collaborateurs en charge de la gestion des contrats et des prestations.
- 2.4.2 Quels impacts ces modifications peuvent-elles avoir sur une organisation du travail principalement basée sur le respect de procédures et la rationalisation du travail ?

DOSSIER 3 : La couverture des dépenses de santé

Annexe 7

Au plus tard le 1^{er} janvier 2016, chaque entreprise, dès le premier salarié, doit mettre en place une couverture complémentaire santé collective suite à l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013.

3.1 Le contrat d'assurance complémentaire

3.1.1 Définir le contrat santé et rappeler comment ce contrat se structure en principaux blocs homogènes de garanties.

3.1.2 Expliquer le principe indemnitaire et comment la rédaction garantie des contrats santé permet de s'y soumettre.

3.1.3 Préciser en quoi consiste le délai de carence, assez fréquent dans les contrats. Illustrer votre propos par un exemple.

3.2 L'utilité d'une complémentaire santé

3.2.1 Présenter sous forme de schéma comment sont pris en charge les frais de santé à partir d'un exemple pour un salarié, dans le cadre du parcours de soin, d'une dépense de 55€ pour une consultation chez un spécialiste fixée à 25€ avec un dépassement d'honoraires de 30€.

3.2.2 Quel devrait être le niveau de garantie optimum à souscrire pour que la prise en charge soit totale ?

3.3 L'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013

3.3.1 Détailler cet accord pour la partie qui concerne la complémentaire santé.

3.3.2 Expliquer l'enjeu du débat sur les « clauses de désignation » pour les principaux acteurs de ce marché.

3.3.3 Quelles seront les nouvelles orientations commerciales possibles pour les assureurs santé face à la généralisation de la « complémentaire santé pour tous les salariés au 1/1/2016 ?

3.4 Les contrats solidaires et responsables

Depuis le 1^{er} avril 2015 les pouvoirs publics imposent un nouveau cahier des charges concernant les « contrats solidaires et responsables » de remboursement de soins.

Expliquer les objectifs poursuivis par les pouvoirs publics avec la mise en place de ces nouveaux contrats.

ANNEXE 1 : Présentation des contrats « Euro-croissance » et « Vie génération »

Source : extraits du site d'information <http://www.cbanque.com>

Le contrat « Euro-croissance »

Conçue comme un « troisième pilier de l'assurance vie », à côté des fonds en euros et des unités de comptes, l'assurance vie en fonds diversifiés ou Euro-croissance peut prendre la forme d'un contrat mono support ou d'un fonds au sein d'un contrat multi support. Avec l'objectif d'orienter une partie des encours de l'assurance vie vers le financement des entreprises (notamment des PME), il intègre une provision de diversification investie sur des actifs plus risqués, qui doit permettre de bénéficier de rendements plus intéressants que les fonds en euros.

Le contrat « Vie Génération »

Fruit de la réforme de l'assurance vie fin 2013, le contrat « Vie-Génération » est un dispositif permettant de bénéficier d'un abattement sur les droits de transmission en contrepartie d'investissements dans le financement des PME et ETI.

Le contrat Vie Génération, un temps surnommé « Transmission », « Transmission-Vie » ou « Euro-Transmission », est un contrat mono support libellé en unités de compte. Instauré par la loi de finances rectificative pour 2013 (comme le contrat Euro-croissance), il poursuit globalement le même objectif que le PEA-PME : favoriser le financement de certains secteurs d'activité par l'épargne des ménages. En effet, le rapport Lefebvre-Berger publié en avril 2013 a mis en lumière le volume capitalisé sur les contrats d'assurance vie qui n'est pas investi dans l'économie française. Néanmoins, les règles européennes interdisent de limiter un tel dispositif aux seuls investissements en France et concernera donc également les entreprises européennes.

Ce prétexte d'investissement dans l'économie a été utilisé à plusieurs reprises dans le passé et avait conduit à la création des contrats DSK et NSK (défiscalisation totale des plus-values, sous réserve que l'encours soit versé sur certains types de fonds) ou encore à l'adoption de l'amendement Fourgous (maintien de l'antériorité fiscale lors de la transformation d'un contrat mono support en contrat multi support, à condition qu'au moins 20% des dépôts soient versés sur des fonds en unités de compte).

Fiscalité et abattement préalable en cas de décès

Le contrat d'assurance vie Vie Génération est plus particulièrement destiné aux personnes disposant d'une capacité de placement de plusieurs centaines de milliers d'euros avec un objectif de transmission à moyen terme.

ANNEXE 2 : Assurance vie : le scandale des contrats en déshérence

Source : Le Monde.fr. 01.11.2013 par Eric Leroux

La situation des contrats en déshérence dans l'assurance-vie, c'est-à-dire ceux pour lesquels l'argent n'a pas été versé aux bénéficiaires désignés après le décès d'un assuré, ne s'améliore pas.

"Nous avons constaté, grâce à nos contrôles, des pratiques scandaleuses, dont je ne soupçonnais même pas qu'elles puissent exister malgré mon expérience", a récemment expliqué Jean-Marie Levaux devant les commissions des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat, avant sa nomination comme vice-président de l'ACP (Autorité de contrôle prudentiel : le "gendarme" des assureurs, des mutuelles et des institutions de prévoyance).

Durant cette intervention, il a aussi confié que trois grands groupes ont été contrôlés. A la suite de ces contrôles, *"l'ACP a adressé une lettre de rappel à l'ordre au premier (...). Pour les deux autres groupes, les irrégularités étant plus graves, une procédure de sanction a été engagée"*.

Il ne s'agit vraisemblablement pas de détails : *"Ce que nous avons vu est vraiment scandaleux, en particulier la passivité de certains assureurs dans le traitement des dossiers, a poursuivi M. Levaux. Malgré la loi du 17 décembre 2007 permettant la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non réclamés et garantissant les droits des assurés, de très nombreux dossiers restent en attente."*

ÉVITER CETTE SITUATION

Il en a profité pour dénoncer le seuil de 2 000 euros auquel des assureurs se réfèrent pour entamer des recherches de bénéficiaires, *"alors que la loi du 26 juillet 2013 n'a pas retenu ce seuil"*.

Les assureurs ont désormais accès au fichier de l'Insee dans lequel figurent les personnes décédées et ils doivent régulièrement contrôler si leurs clients sont toujours de ce monde. Si ce n'est pas le cas, il leur faut alors rechercher les bénéficiaires désignés pour leur transmettre les capitaux qui leur reviennent.

Pour éviter une telle situation, rappelons qu'il existe deux possibilités pour les assurés. Soit ils peuvent choisir d'informer directement les bénéficiaires des dispositions prises à leur profit, afin que ces derniers puissent réclamer les sommes qui leur sont dues au décès de l'assuré. Soit, encore plus sûr : la clause bénéficiaire peut être rédigée dans le cadre d'un testament déposé chez un notaire et enregistré au fichier central des dispositions de dernières volontés. Ce fichier sera obligatoirement consulté lors de l'ouverture de la succession et l'existence du ou des contrats sera ainsi révélée aux héritiers.

ANNEXE 3 : Le conducteur, grand oublié des assurances auto

Source : Le Monde.fr 07.06.2013 par Eric Leroux

Contrairement à une idée reçue, il ne suffit pas d'assurer votre auto en "tous risques" pour être bien protégé. Cette assurance ne couvre, en effet, que les dégâts subis par la voiture ou la moto (les "dommages") et les tiers qui seraient victimes de l'accident, au titre de la responsabilité civile obligatoire. Le conducteur est donc le grand oublié.

"Avec cette seule assurance, le conducteur n'est pas assuré pour ses propres dommages en cas d'accident dont il est responsable", met en garde Arnaud Giraudon, directeur du site AcommeAssure. S'il subit un long arrêt de travail, ou une invalidité, les assurances de l'auto ne lui versent, en effet, aucune indemnité. Il devra se contenter des remboursements de la Sécurité sociale, de ceux de sa complémentaire santé et éventuellement des couvertures souscrites par son entreprise.

Il est donc recommandé d'y ajouter une garantie "individuelle conducteur" pour bénéficier d'une réelle protection : le conducteur responsable est alors considéré lui aussi comme une victime. Il verra donc ses propres dommages indemnisés et, s'il disparaît, ses proches auront droit à un capital pour compenser leur préjudice économique.

"En général, ces garanties ne sont pas introduites dans l'assurance tous risques, car elles augmentent le coût et sont susceptibles de faire fuir les conducteurs qui cherchent une couverture à petit prix", précise Arnaud Giraudon.

COUVERTURE LIMITÉE

Quelques rares contrats intègrent cette protection, mais pour des montants limités, qui peuvent vite s'avérer insuffisants. Et ceux qui proposent une couverture étendue sont rarissimes. Il faut donc penser à souscrire un contrat spécifique. Tous les assureurs auto en ont au moins un.

Le prix varie selon les formules et les capitaux garantis, mais aussi selon le degré de protection : les plus restreints protègent uniquement le conducteur dans la voiture assurée. Les plus étendus protègent tous les conducteurs du véhicule, mais aussi dans les autres véhicules qu'ils sont susceptibles d'utiliser (un deux roues à moteur, une voiture de location, celle d'un(e) ami(e), etc.). C'est le cas du contrat PACS de la MAIF, une référence sur ce marché.

Pour éviter les mauvaises surprises, faites aussi attention au mode d'indemnisation prévu et aux critères retenus pour déclencher cette indemnisation : les formules les plus limitées ne s'actionneront que si vous souffrez d'une invalidité d'au moins 16 %, qui correspond à un handicap déjà grave et définitif, alors que d'autres interviendront dans toutes les situations.

Par rapport aux sommes qu'elles sont susceptibles de verser si l'accident se produit, ces assurances sont plutôt bon marché : environ 100 euros par an pour un contrat très protecteur.

ANNEXE 4 : Le déficit d'image des métiers d'assurance

Source : Banques&Stratégies, n° 336, Mai 2015.

En mars 2012, un baromètre Viavoice ayant pour but d'évaluer, sur la base d'une liste de contributions des entreprises jugées « tout à fait prioritaires » par les Français, et comprenant notamment la création d'emplois, ne plaçait dans le palmarès aucune entreprise d'assurance, alors que le secteur a embauché 12 134 personnes en 2011, a contribué à hauteur de 17,7 % à la protection sociale, et finance l'économie, avec un encours d'investissement dans les entreprises de 1 060 milliards d'euros. Par ailleurs, l'assurance est au cœur des enjeux de sociétés (retraite, dépendance, santé, changement climatique) et participe largement aux débats sociétaux, tout en se percevant comme un métier noble : « Grâce à l'assurance, l'individu modifie sa relation au malheur. » Contre toute logique, la contribution économique et sociétale de l'assurance est loin d'être reconnue par les Français, pourtant détenteurs, en moyenne, de 7 contrats d'assurance par ménage.

Les facteurs de la mauvaise image de l'assurance en France

Un contexte de crise de confiance générale dans les entreprises

Dans le monde (Agence Edelman, Trust Barometer), les entreprises bénéficient de la confiance de 58 % des leaders d'opinion, contre 44 % seulement en France, qui est marquée par une tendance générale à la défiance globale (41 % de confiance dans l'ensemble des institutions : gouvernements, médias, ONG, entreprises). L'univers de la finance enregistre le plus mauvais score au niveau mondial, malgré une légère amélioration en 2013 (50 % pour les banques et les services financiers), et les chiffres de la France révèlent une plus grande méfiance que la moyenne observée au niveau mondial : 32 % de confiance en 2013. Quant à l'image de l'assurance proprement dite, dans l'enquête de Capital de 2011, sur la force du discours de la marque, les banques et assurances obtiennent toutes une note inférieure à la moyenne, les meilleurs scores étant obtenus par les mutuelles (Maaf : 97/200 ; MMA : 94/200 ; MAIF : 90/200). Pour l'Argus et OpinionWay, qui interrogent les Français sur la notoriété, l'image et l'attractivité de 16 assureurs et banquiers, l'édition de 2012 a fait prendre conscience d'une érosion de la bonne notoriété moyenne de l'assurance : de 28 % en 2010 à 24 % en 2012, la banque accusant le même recul. Mais le déficit d'image des assureurs par rapport aux banques est réel et concerne la proximité, la confiance et la solidarité financière. L'érosion de l'image traduit la distance que les Français prennent avec le secteur : 18 % des sondés estiment que les sociétés d'assurance leur inspirent confiance. Sociovision, qui produit chaque année un Observatoire de la société française, constate (dans l'édition 2012, publiée en 2013) une tendance lourde à la méfiance : 49 % des personnes déclaraient faire confiance à leur compagnie d'assurances. Et il existe une page Facebook, créée en 2009 au titre emblématique : « Assureur = voleur ».

Une mauvaise image « assumée » par les assureurs

Ainsi à la fin des années 1990, MMA adopte le slogan « Zéro tracas, zéro blabla. », qui sous-entend bien que les relations des clients avec leur assureur peuvent ne pas être exemptes de difficultés et de négociations compliquées, dont il n'est pas sûr que le client sorte satisfait. MAAF initie en 2004 une saga publicitaire où le client a pour principal objectif « d'avoir » le directeur de la société d'assurance, comme pour se venger d'avoir été lui-même victime de tromperie par l'assureur. Ces deux compagnies bénéficient de scores excellents en matière de mémorisation, mais pour ce qui est de « donner » une meilleure image du secteur, les deux compagnies se placent respectivement aux 10^e et 13^e rangs (sur 23 entreprises étudiées). On note, de même, que le clip vidéo d'Allianz France, pour le recrutement de conseillers en gestion de patrimoine, met en scène des clients qui, dans un premier temps, ont tous l'air mécontent : de qui ? de l'entreprise d'assurance ? Cette mauvaise image semble être vécue comme une fatalité et rares sont ceux qui cherchent à la combattre en profondeur. AXA s'y est employée, en 2008, avec la nouvelle signature « Réinventons notre métier », choisie après un an de travail et d'enquête auprès de 17 000 clients et 8 700 salariés. Quatre ans plus tard, le blog de M. Lemaire, directeur de la communication d'AXA, admet un demi-échec. L'assurance combine les handicaps en termes d'images : c'est un achat contraint, voire obligatoire, une prestation immatérielle souvent perçue comme hermétique, auprès d'une entreprise avec laquelle on entretient une relation très épisodique, voire

complètement dématérialisée dans le cadre d'une relation commerciale téléphonique. En cas de sinistre, cela se complique du fait que l'indemnisation ne pourra pas compenser la perte affective et morale. Cela étant, l'assureur bénéficie d'une relative absence de sanction de la part du client qui ne peut difficilement changer d'assureur : mais le côté relativement captif du client n'est en rien valorisant pour l'entreprise d'assurance.

Le contrat d'assurance ne semble pas toujours respecté par l'assureur

Absence de clarté et de transparence des contrats

Selon le sondage Argus-Opinion Way, 13 % seulement des personnes interrogées pensent que l'assurance propose des offres simples et claires, 14 % qu'elle se soucie de ses clients et 15 % qu'elle leur offre des services de qualité. La CLCV constate que les consommateurs connaissent mal les contrats qu'ils ont signés : 37,9 % d'entre eux ont lu en détail le contrat avant de le souscrire. Beaucoup de consommateurs ignorent qu'ils sont déjà assurés pour certains risques et souscrivent des assurances qui font double emploi. UFC-Que choisir souligne le cas des assurances affinitaires, « petites assurances » portant sur les produits nomades, les moyens de paiements, les extensions de garantie automobile, etc. Alors que chaque Français disposerait en moyenne de 2,4 assurances de ce type, 70 % d'entre eux en ont une mauvaise image. L'UFC pointe l'absence de concurrence, l'inutilité de la garantie, les doublons la difficulté de résilier, le taux de sinistralité bas, et donc des marges élevées, l'évolution erratique de la tarification. L'observatoire Sociovision montre que 7,3 % des sondés sont sensibles aux doublons.

La « complexité embarquée » du métier

L'assurance se perçoit elle-même comme un métier complexe, d'experts. Cette culture très orientée « technique » explique que l'assurance peine à passer d'une stratégie de l'offre à une stratégie de la demande. Elle est bien souvent un alibi pour ne pas mener à bien la pédagogie nécessaire, autour de l'activité, des produits d'assurance, du contenu des contrats auprès des clients, mais aussi en interne, où l'on entend dire encore qu'« il faut huit ans pour former un souscripteur construction ».

Le « défaut de couverture »

La mauvaise image de l'assurance tient pour une bonne part aux relations qui peuvent se détériorer entre clients et assureur lors de la survenue d'un sinistre. Le défaut de couverture constitue une cause de frustration pour les assurés : franchise, coefficient de vétusté et délais d'indemnisation qui font craindre que l'assureur ne respecte pas ses engagements. Dans le sondage Sociovision, 76 % des personnes interrogées déclarent : « on découvre souvent que l'on n'est pas assuré pour les bonnes choses ». Le médiateur de la FFSA fustige les garanties limitées des assurances affinitaires « qui engendrent une déception, voire un sentiment d'escroquerie ou de vol ». De même, le médiateur note que la multiplication de ces assurances « conduit à une désresponsabilisation vis-à-vis des actes de la vie ordinaire, incitant à croire que, quoiqu'il advienne, on a vocation à être indemnisé ».

Des résiliations « abusives » mal vécues par les clients

À la suite de plusieurs sinistres, dont l'assuré pouvait ne pas être responsable, l'assureur résilie le contrat. À la « brutalité » (médiateur FFSA) de cet acte s'ajoutent la découverte de la difficulté de s'assurer ailleurs et l'augmentation du prix de l'assurance qui résulte de ce changement d'assureur. L'UFC Que Choisir dénonce les résiliations des assurances des locataires (640 000 par an) qui seraient dues à l'application de la Convention CIDRE entre assureurs. Les clients résiliés paient 2 à 2,5 fois plus cher leurs garanties. Et l'UFC de réclamer la mise en œuvre d'un mécanisme de garantie de l'accès à l'assurance obligatoire (selon l'UFC) de la multirisque habitation. Le médiateur (2011) pointe également les dysfonctionnements dans la mise en œuvre des Conventions CIDRE et CIDE-COP dont « certaines sociétés rechignent à appliquer correctement les règles strictes de ces Conventions auxquelles elles ont librement choisi d'adhérer. » Plus généralement, la complexité croissante des produits d'assurance, l'asymétrie évidente entre acheteurs et vendeurs de produits financiers, la multiplicité des canaux de démarchage, la concurrence accrue entre les acteurs sont de nature à engendrer des pratiques dommageables à la confiance entre assureurs et assurés.

Devoir de conseil et d'information du consommateur

La crise financière de 2007-2008 a exacerbé l'attention sur ce point, dès lors que les contrats d'assurance vie affichaient des pertes importantes. L'UFC que choisir a dénoncé la sophistication croissante des produits. L'ACP a repris la décision de la Cour de Cassation de 2010 qui dispose que les documents doivent mentionner les avantages mais aussi les risques du placement. L'ACP recommande également de ne pas utiliser de chiffres, images, symboles, formulations laissant croire à une performance positive systématique de l'Unité de compte. Mais le Rapport de 2011 du médiateur FFSA fournit de nombreux exemples de pratiques dommageables pour l'image de la profession : affectation de capital dans un contrat de prévoyance obsèques sans lien avec le financement des obsèques, ventes par téléphone et internet sans établissement d'un contrat en bonne et due forme, difficultés de changement d'assureur dans le cas de l'assurance emprunteur, débat sur les bénéfices « indus » conservés par les banques et les assureurs sur ce produit, entre 1995 et 2007 (participation aux bénéfices des clients désormais reconnue, par annulation de l'arrêté A331.3 de 1995). À noter que cette même question de vente « forcée » de « Payment Protection Insurance » (PPI), vendus d'office aux clients, a beaucoup contribué à la dégradation de l'image du secteur financier au Royaume-Uni et généré des sanctions très lourdes : en 2013, près de 18 milliards de GBP étaient provisionnés par les banques britanniques pour ces contentieux dits de « misselling ».

Une implication sélective dans les problèmes de sociétés

La non-assurabilité

Le secteur pratique une forme de sélection dans les risques qu'il accepte de couvrir. Or, si l'assurance ne couvre que les risques qui ne se réalisent pas ou peu, joue-t-elle réellement ce rôle social essentiel au développement de nos sociétés ? Il en est ainsi du risque de responsabilité médicale pour les médecins jugés à hauts risques, pour les collectivités locales (équipements, catastrophes naturelles, violences urbaines...) qui tendent à s'auto-assurer. Les communes touchées par les inondations de 2010 et 2011 dans le Var, celles de Vendée touchées par Xynthia, ont dû faire face à de lourdes augmentations de cotisations et de franchises en catastrophes naturelles (question parlementaire de M. Olivier Audibert Troin, député du Var, en février 2013). De même, les assureurs sont très réticents à assurer les risques associés aux technologies qui ne font pas l'objet d'un consensus scientifique : OGM nanotechnologies, ondes électromagnétiques. Les assureurs s'interrogent sur l'assurabilité de certains risques sociaux (dépendance). Les risques, dits émergents (cf. World Economic Forum. Global Risk Survey) ont un impact financier probable très important. Le CRO Forum qui réunit des spécialistes du risque des principaux assureurs et réassureurs a constitué un groupe de travail sur les risques émergents, et Solvabilité II (art. 41-5) demande aux autorités de contrôle d'évaluer les risques émergents détectés par les entreprises. On est donc loin de promouvoir l'assurabilité de ces risques pourtant demandée par les marchés. Les initiatives prises pour pallier les risques d'exclusion sont insuffisantes. L'histoire de l'assurabilité des personnes présentant un risque de santé aggravé est significative : Convention de 1991, puis Convention Belorgey de 2001, puis Convention AERAS de 2006 et les critiques dont elles ont fait et font l'objet (méconnaissance par les agences bancaires, non-respect de la confidentialité, primes d'assurances élevées, exclusion du risque d'invalidité). La nouvelle Convention AERAS de 2011 semble permettre de lever une partie au moins des critiques d'UFC Que Choisir, qui relève pourtant l'existence de nombreuses « barrières » et milite pour un véritable droit opposable à l'assurance.

Pas de contribution à la lutte contre la précarité et la pauvreté

De 370 000 à 740 000 véhicules selon le FGAO ne seraient pas assurés, les catastrophes naturelles révèlent que 5 % à 15 % des habitants de la Somme victimes d'inondations en 2004 n'étaient pas assurés, de même que 20 % des sinistrés d'AZF. Selon Sociovision, 28 % des Français déclarent en 2012 ne plus avoir les moyens de souscrire à une mutuelle et 41 % d'entre eux déclarent préférer mettre de l'argent de côté pour se prémunir contre les coups durs plutôt que de souscrire à une mutuelle de santé ; 11 % des Français envisagent de supprimer certaines assurances dont ils disposent en raison de leur coût élevé. Contrairement à d'autres secteurs industriels qui ont développé des tarifs sociaux, l'assurance n'envisage pas de moduler ses tarifs en fonction des capacités financières de ses clients.

Une pédagogie insuffisante

L'assurance est perçue comme un secteur d'activité riche et rentable, faiblement impacté par la crise. AXA a réalisé la 3e performance du CAC 40 en 2011, Allianz génère le 2e plus gros profit des 30 sociétés du DAX. Jacques Richier (président d'Allianz France) souligne qu'« on ne fait pas de l'assurance pour faire des profits, on fait des profits pour faire de l'assurance ». À l'inverse, rares sont ceux qui savent que le ratio combiné des assurances de biens et responsabilités est passé de 2011 à 2013 de 100 % à 102 %, qu'il est à 104 % en automobile (2013), à 104 % en multirisques habitation et à 102 % en risques professionnels et agricoles. Le secteur de l'assurance ne fait pas la pédagogie de son propre métier, où le montant des primes est inférieur aux coûts d'indemnisation de gestion et de réassurance. Un déficit de réputation qui est un facteur de risque pour l'assurance

L'assurance a du mal à faire entendre sa voix

Face aux assureurs traditionnels, l'inexorable montée en puissance de la bancassurance s'impose grâce à sa bonne connaissance des profils des clients et des grands événements de leur vie, ce qui lui permet de « proposer des assurances qui vous correspondent vraiment » (Crédit Agricole). La Banque BPCE a lancé ses filiales de crédit à la consommation dans l'assurance (Cetelem, Sofinco, Cofidis et Cofinoga). Les « grandes surfaces » se sont tournées vers l'assurance : l'association Carrefour - MMA (Carma) annonce en 2013 couvrir 460 000 clients en garantie des Accidents de la Vie. Tati a lancé une offre d'assurance en ligne à bas prix en 2012. Les « comparateurs » (Assurland, puis Les Furets, Le Lynx et Qui a le meilleur service / AXA), suscitent les réticences des grands acteurs (MAIF). Selon P. Compet (Weave) « les grands assureurs savent que l'intérêt collectif est de ne pas aller chez les comparateurs qui sont synonymes pour eux de destruction de valeur ». Le Comité Consultatif du Secteur Financier en 2012 et la Confédération du Cadre de Vie (CLCV) réclament de la transparence sur les liens avec des entreprises, et regrettent la prédominance du critère de prix dans l'affichage des offres. Chacun observera l'influence à venir de comparateurs qui utilisent les réseaux sociaux, tels que Facebook et l'arrivée du comparateur d'assurances auto de Google, dont le test en 2013 s'est achevé par son retrait de marché, au grand soulagement des assureurs. Ces acteurs exercent une pression globale sur les prix des produits financiers, mais aussi sur l'innovation produits, en utilisant des pratiques marketing nouvelles, ou avec lesquelles l'assurance est moins familière.

Concilier individualisation et industrialisation des produits

Il s'agit grâce à l'« orientation client », de passer d'une logique d'offre à une logique de la demande, qui impacte évidemment la recherche d'une meilleure image de l'assurance. Et le client de l'assurance attend une personnalisation de sa relation avec l'assureur, lequel n'a qu'une vision très parcellaire de son client. Ainsi, telle grande compagnie d'assurance française dispose encore de deux bases de données client, l'une pour l'assurance vie, l'autre dédiée à l'assurance dommage.

Image et ressources humaines

Dans les 5 ans, 20 % des 142 000 salariés de l'assurance vont partir à la retraite, engendrant ainsi un besoin massif de recrutement. Or l'assurance n'attire pas suffisamment les talents. En 2013, le baromètre « Top employeurs » de l'Institut Trendence, interrogeant 317 000 ingénieurs et managers issus de 24 pays d'Europe, montre qu'Allianz est à la 46e place et AXA à la 109e des employeurs « désirés ». Universum publie, en 2013, une étude sur les étudiants français des écoles d'ingénieurs de commerce et de l'université qui montre qu'aucune société d'assurance ne figure dans le classement des 40 employeurs les plus attractifs. De même, en septembre 2013, Universum publie le « Top 50 des employeurs les plus attractifs au monde » (200 000 étudiants et 12 pays) : aucune compagnie d'assurances n'y figure. La réaction de la profession est de chercher à introduire l'assurance dans le cursus des grandes Écoles et à l'Université : c'est tout l'enjeu actuel de l'Université de l'Assurance que de susciter des vocations d'assureurs parmi les futurs diplômés. Par ailleurs, les assureurs consentent des efforts importants pour adapter leurs recrutements aux nouveaux métiers et compétences que l'assurance va intégrer dans un futur proche : nouvelles technologies et Big Data modifiant les métiers commerciaux, évolution

réglementaire, création de nombreux nouveaux produits, connaissance de l'environnement concurrentiel nouveau (comparateurs, internet, etc.)

Vivre sereinement la révolution culturelle en marche

La digitalisation de la société interpelle l'image de l'assurance et contraint les assureurs à l'action. Les réseaux sociaux sont investis, mais très timidement : AG2R, 18 000 abonnés Twitter ; AXA, 7 400 ; Générali et Macif, 3 400 ; Allianz, 2 700 et la MatMut, 253. Sur Facebook : MMA compte 128 000 fans, Groupama et Malakoff Médéric 124 000... mais la MAAF n'en a que 4 800 et MatMut n'est pas sur Facebook. Les MMA proposent une expérience sociale dépassant une présence purement institutionnelle. Mais globalement, les assureurs qui ont une approche orientée client (donc, image) sur les réseaux sociaux sont rares : AXA avec @Axavotreservice, Malakoff Médéric avec les Experts (dialogue sur la retraite, la santé, la prévoyance). Deux raisons expliquent cette timidité : les assurés ne constituent pas vraiment une communauté : il s'agit de répondre à des questions individuelles, même si les réseaux sociaux sont fondés sur des valeurs proches de celles que revendique l'assurance : confiance, engagement, recommandation ; les hésitations sur le positionnement de ces nouveaux outils et leur gestion : faut-il interagir avec les clients ? Faut-il confier ces outils à des agences spécialisées ou à des community managers en interne ? Faut-il ouvrir la gestion des réclamations au réseau et livrer ainsi des informations à la concurrence ?

La digitalisation de l'information induit de profondes transformations dans la culture de l'entreprise qui doivent être assurées dans l'image de l'entreprise d'assurance : réduction du nombre des niveaux « hiérarchiques » internes ou externes, passage de la hiérarchie à la « wirearchie » (Jon Husband), mutation du management, du marketing et de la communication. Le client peut « twitter » son mécontentement (ou sa satisfaction), poster un commentaire (cinglant ou appréciatif), recommander ou déconseiller tel ou tel assureur. « Le marketing passe aujourd'hui d'un paradigme de mise en marché à celui de la mise en réseau ». Ceci implique des besoins en formation très importants.

Passer du rétroviseur (évaluer la probabilité d'un risque en fonction de l'expérience statistique) à la longue-vue (la modélisation) implique un changement culturel, que doit porter l'image de l'assurance : ouvrir l'accès Internet à l'ensemble des salariés, ce qui est parfois considéré comme risqué pour la productivité du travail, rajeunir l'âge moyen des salariés des services informatiques de certaines entreprises (51 ans dans une grande société de la Place).

Il faut aussi réussir le mariage entre deux cultures, pour permettre le recrutement de profils pointus dans le digital, a priori peu attirés par l'assurance, lorsque l'arrivée aux postes de responsabilité des jeunes de la « génération Y » importe dans l'entreprise des modes de communication et de travail très différents.

« L'économie partagée » ou « collaborative » oblige les assurances à se réinventer, s'ils veulent utiliser ces concepts dans le développement d'une image sociétale plus moderne. La Macif et MMA se sont engagées sur ce marché nouveau. Un responsable de la Macif estime que « cette mutualité d'auto-partageurs n'est pas très éloignée de notre mutualité de sociétaires [...] ». Il s'agit d'accompagner, de soutenir, d'expérimenter les modèles sociaux innovants où les dimensions humaines de démocratie, de solidarité, de redistribution, de partage se déploient.

Changer l'image pour accompagner plutôt que subir la régulation des activités.

Les problématiques d'image et de réputation des assureurs ne les aident pas à vivre « sereinement » la régulation de leurs activités.

L'assurance mène des combats d'arrière-garde dont elle ne sort pas grandie. C'est le cas du débat sur la « tacite reconduction », devenue, dans la loi Hamon, résiliation du contrat à tout moment. Le visuel choisi par le Ministère est représentatif de l'image donnée par l'assureur et ses contrats : le contrat est un boulet au pied du client, dont la loi donne la clé... Les assureurs, interpellés par les comparateurs qui estiment que cette loi va faire jouer la concurrence, ont réagi dans ce sens : la Maaf a annoncé une baisse rétroactive de 5 % sur ses tarifs de 2013, et la Maif a annoncé des tarifs 2013 en baisse. D'autres assureurs estiment que cette facilité de résiliation pourrait provoquer une hausse de tarif à long terme, du fait d'une dégradation de la connaissance des risques « nomades ». Actuaris estime que la résiliation infra-annuelle pourrait avoir un impact de 5 à 10 points sur le taux de résiliation des contrats d'assurance auto

passant de 16 % aujourd'hui à 20-25 %. Au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, la durée de rétion d'un contrat est en moyenne de 2 ans, mais les tarifs sont sensiblement plus élevés. Actuaris estime aussi que la hausse du taux de résiliation pourrait entraîner une segmentation plus fine des tarifs, en tenant compte du taux de fidélité.

Le cas des assurances obsèques, où l'ACPR a émis en juin 2011 des recommandations sur la transparence des contrats, illustre également l'idée, forte chez les associations de consommateurs, que l'assurance refuse la transparence et n'agit que sous la contrainte.

L'assurance, désunie car hétérogène, ne peut faire entendre « les bons messages ». Ce fut le cas pour la réforme de l'assurance santé, issue de l'Accord national interprofessionnel et de la loi dite de « sécurisation de l'emploi » de juin 2013. La profession s'est ému du transfert de l'assurance santé individuelle vers les « collectives », et surtout de la « désignation » d'opérateurs au niveau de la branche. Le débat sur la « mutualisation » nécessaire des risques au niveau de la branche a masqué un débat de concurrence entre les assureurs et les institutions de prévoyance (paritaires). Il a fallu l'intervention du Conseil constitutionnel pour que le libre choix de l'organisme complémentaire de santé soit laissé aux entreprises. Ce débat a accrédité l'idée que l'enjeu majeur était le partage du gâteau que représente ce nouveau marché, et non le progrès vers une meilleure couverture santé des salariés français.

La profession se fait aussi durement rappeler à l'ordre par le régulateur. Ainsi, la Cour des comptes, l'UFC, la Fédération des associations générales d'étudiants et certains sénateurs ont critiqué la gestion des onze mutuelles étudiantes : « complexité abracadabrante », mauvaise qualité du service, coûts de gestion élevés. La Cour fait la même analyse pour la gestion déléguée de l'assurance maladie aux mutuelles des trois fonctions publiques. L'UFC Que Choisir et la Cour des comptes dénoncent les dysfonctionnements des frais d'optique, disant qu'« il faudrait rendre les contrats responsables plus exigeants et plus sélectifs, notamment en fixant des plafonds aux dépenses prises en charge » (parfois 100 % du coût réel) ce qui « encourage un niveau élevé de prix ». Tout ceci contribue à accréditer l'idée que nombre des acteurs de l'assurance ne remplissent pas correctement les missions qui leur sont confiées.

Il en est de même pour l'assurance-emprunteur, où le législateur a dû intervenir par deux fois (Loi Lagarde et Loi Hamon) pour permettre un choix plus libre de son assurance à l'emprunteur.

Les assureurs n'auraient-ils pas plus à gagner à s'engager davantage sur la voie d'accords volontaires ? C'est le cas dans les télécommunications, dans le domaine minier, pour l'utilisation de l'huile de palme ou, pour l'industrie agro-alimentaire, dans le cas de la lutte contre l'obésité. Les entreprises soulignent les multiples vertus des accords, en matière d'innovation produits, d'opportunités de communication, de positionnement « responsable » de l'entreprise, et d'amélioration de son image auprès de ses différents publics, internes et externes.

Les pistes d'action pour l'avenir

À l'égard des clients

Rendre les contrats plus accessibles. Ainsi, dans les contrats Santé, les complémentaires pourraient spécifier les engagements en valeur et non en pourcentage des tarifs de Sécurité Sociale, que personne ne connaît. Dans son initiative, AXA (programme « AXA à votre service », avril 2012) s'engage notamment à faire preuve de simplicité, de présence, d'écoute et à donner le conseil adapté. Saisir l'opportunité du digital comme un levier de changement pour améliorer la lisibilité et la pertinence des offres et des services. Solly Azar a fait faire une enquête sur Internet qui a révélé la nécessité de promouvoir une meilleure compréhension des procédures de remboursement jugées longues par les clients du fait de dossiers incomplets, ce qui a permis d'expliquer aux clients les pièces à fournir systématiquement. Amaguiz sollicite directement sur la toile les suggestions d'amélioration ou d'innovation de ses clients. Susciter un sentiment de fierté et d'appartenance parmi les clients. En marketing, il est dorénavant question d'« expérience de marque », fondée sur l'échange : le produit est de qualité, et le client reçoit également l'engagement du producteur (par exemple, Danone) dans tous les champs de la responsabilité sociale et de l'éthique. L'assurance pourrait ainsi établir des programmes de fidélisation, de propagation de bonnes pratiques, et renforcer le sentiment d'appartenance à une communauté, en valorisant son

implication sociétale au plus près du quotidien des clients, en insistant sur la mutualisation des risques et la solidarité qu'elle implique.

Reprendre la main sur les comparateurs, en intégrant à leur démarche l'étendue et la nature des garanties, comme le fait AXA (site quialemeilleurservice.com) qui veut créer « le premier comparateur de services d'assurances ».

En interne, avec les collaborateurs

Développer la « culture client » dans les parcours de carrière, grâce à la mobilité entre les responsabilités fonctionnelles et opérationnelles. Susciter des vocations d'assureurs, afin de séduire des étudiants, ce qui suppose d'utiliser divers leviers : communication, formation, plans de carrière, rémunération attractive, etc.

Valoriser l'utilité sociétale du métier

Il serait sans doute pertinent d'engager une communication sectorielle pour promouvoir une meilleure image de l'assurance, notamment sur le plan sociétal, en l'illustrant par exemple par la Convention AREAS (93,6 % des 473 000 demandes de prêt ont fait l'objet d'une proposition d'assurance dont 60 % sans surprime ni exclusion), ou le FGAO (93 000 victimes prises en charge en 2012). L'amélioration de l'image de l'assurance est un chantier complexe, mais les circonstances sont favorables à l'initiative des entreprises :

- elle est nécessaire pour assurer les recrutements de futurs salariés de haut niveau, dont le secteur aura besoin au cours des dix prochaines années ;
- elle est urgente, dès lors que les Pouvoirs publics et l'Autorité de régulation prêtent une oreille de plus en plus attentive aux réclamations des clients et des associations de consommateurs qui déclarent « cibler » les assureurs, qui ne cèdent que sous la contrainte (UFC Que Choisir à propos des nouvelles actions de Groupe) ;
- elle est facilitée par l'émergence très rapide de la société digitale, qui ouvre de nouvelles et puissantes voies de dialogue avec les clients.

ANNEXE 5 : Allianz segmente ses clients en toute transparence pour leur donner des avantages selon leur importance

Source : <http://www.laposte.fr/lehub/Zoom-sur-2-programmes-de-fidelite>

Allianz s'est développé en France en rachetant, puis en absorbant totalement, les AGF en 2009. Du point de vue des clients, c'était un changement radical. Parmi les questions qui se sont posées : comment éviter que ce rachat ne perturbe et ne fragilise la relation avec les clients des ex-AGF ? Comment valoriser aussi ces clients, en ne les considérant pas simplement comme des actifs d'un portefeuille qu'une entreprise rachète à une autre ? Pour traiter ces questions de façon dynamique, Allianz a lancé en 2010 un ambitieux programme de fidélisation, baptisé Fid'Allianz, qui reste aujourd'hui encore très novateur.

Le programme est accessible à tous les assurés particuliers. Il leur est proposé via leur agent général ou leur conseiller. Ces commerciaux jouent un rôle clé pour expliquer le principe et les avantages de Fid'Allianz. Ils y trouvent aussi une opportunité pour contacter avec un motif positif des clients qu'ils ne voient pas toujours souvent.

Le programme repose sur une segmentation transparente de la clientèle. Il prend en compte le montant des primes et des encours, la variété des assurances détenues (habitation, voiture...) ainsi que l'ancienneté. Tout cela est converti en points afin de déterminer le statut du client : Préférence, Privilège, ou Prestige où l'on trouve les meilleurs clients, souvent titulaires d'une assurance-vie bien dotée et de plusieurs contrats.

Le programme accorde des avantages en fonction du statut. Autrement dit, les meilleurs clients sont les mieux récompensés. Les avantages peuvent être de meilleurs remboursements en optique et en dentaire ou des réductions sur certains contrats. Ce sont aussi des tarifs privilégiés chez des partenaires (location de voiture, contrôle technique...). Fid'Allianz apporte également des services gratuits sur des domaines du quotidien : l'installation d'un détecteur de fumée, un stage de récupération de points du permis de conduire, 4 heures d'aide dans l'année pour du petit bricolage ou du jardinage (un service que les clients plébiscitent), etc.

Les avantages du programme évoluent d'année en année, se voulant proches des préoccupations des clients. Ce sont aussi des réductions sur le badge Télépéage des autoroutes, ou encore un tarif privilégié sur le blanchiment des dents. Fid'Allianz leur donnerait-il le sourire ? 25 000 clients rejoignent en tout cas chaque mois le programme. Avec, selon le site spécialisé news-assurances, un taux de départ 40 % plus faible chez les adhérents au programme. « *Si l'assureur ne communique pas le coût de fonctionnement de son programme, il précise qu'il est rentable compte tenu des résultats,* » complète news-assurances.

ANNEXE 6 : Présentation du e-constat

Source : www.ffsa.fr/

L'e-constat auto sur smartphone



Actualité , 15/06/2015

Pour répondre aux attentes des assurés qui recourent de plus en plus aux technologies mobiles dans leur vie quotidienne, les assureurs français mettent à leur disposition, depuis le 1^{er} décembre 2014, l'application e-constat auto. Téléchargeable gratuitement sur l'Apple Store et Google Play, elle permet aux assurés, à partir d'un smartphone, de déclarer directement leurs accidents matériels à leurs assureurs, sur le modèle du constat amiable papier.

Cette application peut être utilisée dans le cas d'accidents survenus à un ou deux véhicule(s) motorisé(s), immatriculé(s) et assuré(s) en France, n'ayant entraîné que des dommages matériels.

Par sa simplicité, sa rapidité, sa fiabilité et son universalité, l'e-constat auto accélère ainsi le traitement et le règlement des sinistres.

L'application e-constat auto permet de remplir son constat auto en quelques minutes et en 7 étapes :

Identification de l'assureur et saisie du numéro d'immatriculation

- Informations sur le véhicule
- Circonstances de l'accident
- Croquis de l'accident
- Observations complémentaires
- Prévisualisation du constat sous PDF et modification de la déclaration si besoin
- Signature du e-constat auto sur l'écran du smartphone

Tant que l'e-constat auto n'est pas signé, il est toujours possible de revenir aux étapes précédentes et d'apporter des modifications. Toutes les informations saisies dans le cadre de l'application e-constat auto sont sécurisées. Elles sont transmises à l'assureur concerné après signature de la déclaration sur l'écran du smartphone.

A la fin de la saisie, l'assuré reçoit par SMS la confirmation de la prise en compte de sa déclaration ainsi que le constat amiable en version PDF par courrier électronique.

ANNEXE 7 : Mécanisme de prise en charge des frais de santé

Source : Extraits fiches point éclair 2015, Editions ICEDAP

Frais réels engagés par l'assuré : ces frais dépendent de la nature de l'acte et du prestataire qui l'a effectué. Pour une consultation médicale, les tarifs dépendent de la spécialité médicale et du secteur d'activité du médecin :

- Secteur 1 ou conventionnel : application du tarif conventionnel (TC)
- Secteur 2 ou conventionnel à honoraires libres : application d'honoraires libres ou dépassements d'honoraires limités par rapport au tarif conventionnel pour les médecins ayant adhéré au contrat d'accès aux soins.

Base de remboursement (BR) : tarif servant de base aux régimes obligatoires pour le remboursement des soins dispensés par les professionnels de santé selon des nomenclatures régulièrement publiées. Il s'agit du tarif conventionnel (TC) pour les consultations ou tarif d'autorité (TA) pour les consultations de praticiens non conventionnés. [...]

Remboursement du régime obligatoire : il s'exprime en pourcentage de la BR et est diminué, le cas échéant de la participation de l'assuré (voir ci-dessous). Le taux de remboursement varie selon la nature de l'acte effectué. En cas de non respect du parcours de soins, le pourcentage appliqué est moindre.

Participation de l'assuré (PA) : somme, en principe, déduite des remboursements du régime obligatoire. Il s'agit de : **participation forfaitaire** de 1€ par acte dans le cadre d'une consultation médicale, **franchise médicale** de 0,50€ par acte pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. (Selon article L.322-2 du code de sécurité sociale). [...]

Ticket modérateur (TM) : dépense restant à la charge de l'assuré après le remboursement du régime obligatoire d'assurance maladie par rapport à la base de remboursement. Le ticket modérateur est majoré en cas de non respect du parcours de soins coordonnés.

Le **reste à charge** pour l'assuré social se compose donc de la participation éventuelle, du ticket modérateur et des dépassements d'honoraires le cas échéant. Cette somme varie selon la situation. [...]