

## Préconisations du groupe de travail du CCSF

### Sur les modalités de mise en œuvre du Document d'information sur le produit d'assurance (IPID)

#### Éléments de contexte

La deuxième directive sur la distribution en assurances<sup>1</sup>, datée de 2016, pose un principe de fourniture obligatoire d'un document d'information normalisé pour la distribution des produits d'**assurance non-vie**. Le contenu de ce document, l'*IPID* (Insurance Product Information Document) est défini à l'article 20 de la directive, tandis que l'élaboration des normes techniques d'exécution concernant le format normalisé et les détails de présentation de ces informations a été confiée à l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (AEAPP)<sup>2</sup>.

La Commission européenne a adopté le 11 août 2017<sup>3</sup> le règlement d'exécution sur la base des normes techniques proposées par l'AEAPP en précisant : « Afin de fournir aux clients des informations sur le produit *qui soient faciles à lire, à comprendre et à comparer, il convient d'utiliser un modèle, une structure et un format communs lors de la présentation des informations visées à l'article 20, paragraphe 8 de la directive (UE) n° 2016/97 dans le document d'information normalisé sur le produit d'assurance (...), y compris en utilisant des icônes ou des symboles (...)* ».

Le règlement ainsi adopté est contraignant sur un nombre élevé de points, avec un grand degré de détail, tels que l'ordre et l'emplacement des rubriques, la taille de la police, la largeur des colonnes, les couleurs, pictogrammes etc. Certains éléments toutefois, tenant notamment aux spécificités du marché national ou à la traduction, pouvaient faire l'objet d'interprétations diverses. C'est la raison pour laquelle le CCSF, anticipant la publication et l'entrée en vigueur de ces normes, a constitué un groupe de travail qui s'est réuni à trois reprises<sup>4</sup> pour convenir de l'interprétation la plus favorable à la clarté de l'information pour le consommateur et à la comparabilité des produits d'assurance via ce document, tout en respectant la liberté de chaque concepteur de produits d'assurance non-vie. Des exemples

---

<sup>1</sup> la directive UE n° 2016/97 du Parlement européen et du Conseil du 20 janvier 2016

<sup>2</sup> Extrait du § 8 de l'article 20 de la directive UE n° 2016/97 : (...) 8. Le document d'information sur le produit d'assurance contient les informations suivantes:

- a) des informations sur le type d'assurance;
- b) un résumé de la couverture d'assurance, y compris les principaux risques assurés, les plafonds de garantie et, le cas échéant, la couverture géographique et un résumé des risques exclus;
- c) les modalités de paiement des primes et la durée des paiements;
- d) les principales exclusions qui rendent impossible toute demande d'indemnisation;
- e) les obligations au début du contrat;
- f) les obligations pendant la durée du contrat;
- g) les obligations en cas de sinistre;
- h) la durée du contrat, y compris les dates de début et de fin du contrat;
- i) les modalités de résiliation du contrat.

<sup>3</sup> Règlement d'exécution (UE) 2017/1469 de la Commission du 11 août 2017.

<sup>4</sup> Les 8 et 27 juin et 12 septembre 2017, chacune des réunions portant sur un des thèmes auto, MRH et complémentaire santé.

d'IPID sont annexés au présent document à titre indicatif et ne constituent en aucun cas des modèles uniques.

## Préconisations du groupe de travail

### A - Champ d'application

Il est rappelé que ce document d'information normalisé en assurance non-vie concerne toutes les activités d'assurance des branches 1 à 18 visées à l'article R.321-1 du Code des Assurances à l'exclusion des grands risques visés aux articles L.111-6 et R.111-1 du Code des assurances. Il concerne ainsi, entre autres, la santé-[prévoyance] (branches 1 et 2), l'assurance dommages (branches 3, 8, 9), la responsabilité civile (branches 10, 13), la protection juridique (17) et l'assistance (18).

S'agissant des contrats d'assurance emprunteur pour les prêts immobiliers, si le dispositif de l'IPID s'applique pour les garanties non-vie, pour autant les modalités de comparaison des garanties et des couvertures sont aujourd'hui assurées en France par le dispositif élaboré au sein du CCSF (voir Avis du CCSF du 13 janvier 2015, articles L312-12, R.312 -2 et suivants et R.313-23 du code de la consommation) fixant une méthode commune et transparente d'évaluation de l'équivalence des garanties, qui repose sur une liste limitative de critères établie par consensus de place. Le Groupe de travail estime que la fiche standardisée d'information et la fiche personnalisée poursuivent efficacement les mêmes objectifs que l'IPID tout en fournissant une information plus complète, rendant l'élaboration de ce dernier inutile en assurance-emprunteur des prêts immobiliers.

S'agissant des contrats santé, prévoyance et dommages, le Groupe de travail est favorable à la fourniture de l'IPID pour les contrats de groupe pour lesquels l'adhésion est individuelle et facultative. À l'inverse, pour les contrats collectifs obligatoires, l'IPID ne se justifie pas, car les assurés n'ont pas la faculté d'exercer de choix.

**B - Les préconisations pour la mise en œuvre de l'IPID présentées ci-dessous ont été adoptées à l'unanimité.**

#### **1 - Nature du document et lien avec les autres documents commerciaux ou contractuels**

La directive précise que le document d'information sur le produit d'assurance est succinct, autonome et qu'« il comprend une mention indiquant que des informations précontractuelles ou contractuelles sur les produits sont fournies dans d'autres documents ».

Il en ressort qu'il s'agit d'un document d'information générique, non personnalisé, dont l'objet est de permettre la comparaison des produits et prendre une décision en connaissance de cause grâce à la présentation synthétique des principales garanties, options et exclusions.

Le Groupe de travail est très attaché à ce que le client comprenne que c'est dans les conditions générales et particulières de son contrat ou du règlement mutualiste qu'il trouvera l'intégralité des garanties, exclusions et obligations des parties. Il propose ainsi que cette mention soit rédigée comme suit et soit bien mise en valeur, par exemple par des caractères gras : « **Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle** ». (cf. infra « Alerte »)

Le Groupe de travail insiste également sur l'utilité d'une cohérence de vocabulaire / intitulés entre l'IPID et les autres documents relatifs au même produit d'assurance.

## 2 - Conditions de fourniture de l'IPID

La directive indique que le distributeur fournit le document d'information avant la conclusion du contrat d'assurance, sur support papier ou sur un autre support durable.

Dans le cas des IPID en ligne, le groupe de travail insiste sur la nécessité d'un accès rapide et facile à l'IPID à l'aide d'un lien direct sur les sites Internet des concepteurs et/ou distributeurs, notamment à partir des pages du produit.

Le groupe de travail considère que toute modification des conditions générales d'un contrat /règlement mutualiste implique une mise à jour de l'IPID correspondant.

## 3 - Préconisations pour le remplissage des rubriques

De façon générale, et pour toutes les rubriques, le Groupe de travail recommande un langage clair, simplifié si nécessaire, par exemple inspiré des termes et définitions des glossaires du CCSF.

Il conviendra également de veiller à ce que les termes employés dans une rubrique soient cohérents avec ceux des autres rubriques, et que l'ordre de classement choisi dans une rubrique soit, autant que possible, respecté dans les autres.

Seuls figurent ci-dessous les éléments pour lesquels le règlement du 11 août 2017 permet une valeur ajoutée du Groupe de travail.

- **Bandeau bleu introductif :**

**Titre :** le Groupe de travail recommande de retenir un nom générique mais précis relevant du langage courant (ex : « assurance complémentaire santé » ; « multirisques professionnelle », « assurance multirisques habitation » ; « assurance auto »)

**Nom du produit :** rester au plus proche de l'intitulé utilisé dans les conditions générales.

- **S'agissant de l'alerte évoquée supra**, outre la formule recommandée, le Groupe de travail souligne l'intérêt, pour les IPID d'assurance complémentaire santé, de renvoyer explicitement au tableau de garanties, par exemple en insérant la phrase suivante « en particulier, les niveaux de remboursement seront détaillés dans le tableau de garanties. », les versions dématérialisées prévoyant un lien direct vers ledit tableau.

- **« De quel type d'assurance s'agit-il ? » :**

Outre l'utilisation de termes simples si possibles issus de ses glossaires, le Groupe de travail recommande :

- d'indiquer les cas où certaines garanties sont obligatoires (par exemple la responsabilité civile en assurance automobile)
- dans le domaine de l'assurance santé, de préciser s'il y a un reste à charge pour l'assuré après intervention de la complémentaire santé.

- **« Qu'est ce qui est assuré ? » :**

Le règlement précise que cette rubrique décrit les principaux risques assurés.

Dans un souci de clarté, le Groupe de travail recommande :

- de distinguer, par des sous-rubriques, les garanties des services associés et de l'assistance, en présentant d'abord les garanties puis les services et l'assistance ;
- de distinguer, également à l'aide de sous-rubriques, les garanties systématiquement prévues des garanties optionnelles, et sans faire référence aux formules qui relèvent de la présentation commerciale ;
- de classer les garanties par grande famille, telle que « responsabilité civile », « dommage à l'habitation » « dommage au véhicule » « hospitalisation » etc.
- de n'utiliser la coche ✓ que pour les garanties ou services systématiquement prévus.

Le règlement impose aussi de faire figurer les plafonds dans cette rubrique. Compte tenu de la difficulté pratique de les indiquer lorsqu'ils sont variables car personnalisables, le Groupe de travail suggère :

- de rédiger une phrase introductive expliquant l'existence des **plafonds** (à mettre en caractères gras) et leurs critères de variabilité (ex. en santé : les montants des prestations sont soumis à des plafonds qui varient en fonction du niveau de garantie choisi. Ils ne peuvent être plus élevés que la dépense engagée, et une somme peut rester à votre charge.)
- de renvoyer au tableau de garantie, par exemple à l'aide d'un lien hypertexte pour les versions numériques de l'IPID.

- **« Qu'est-ce qui n'est pas assuré ? »**

Cette rubrique vise les risques non assurés car n'entrant pas dans l'objet du contrat <sup>5</sup>

Ex : MRH : les caravanes et leur contenu

Ex : auto : le transport onéreux de personnes et marchandises ; le prêt de volant lorsque le conducteur a moins de trois ans de permis

Ex : santé : les soins reçus en dehors de la période de validité du contrat ; les indemnités versées en complément de la Sécurité sociale en cas d'arrêt de travail.

Les risques non assurés *a priori* se distinguent ainsi des refus ou limitations de prise en charge *en cas de sinistre*, lesquels figurent dans la rubrique suivante consacrée aux principales exclusions.

- **« Y-a-t-il des exclusions à la couverture ? »** : Cette rubrique permet de distinguer les **principales exclusions et les principales restrictions**.

Elle vise tout d'abord **tous les types d'exclusions**<sup>6</sup> qu'elles soient légales ou contractuelles. Le Groupe de travail préconise, dans la mesure du possible :

- de distinguer les exclusions et restrictions de portée générale, qu'elles soient légales (fait intentionnel et/ou la guerre) ou contractuelles, et les exclusions et restrictions spécifiques à une famille de garanties (ex. : responsabilité civile, dommages aux biens, protection juridique)
- de reprendre une présentation symétrique de celle retenue dans la rubrique « qu'est-ce qui est assuré ? »

---

<sup>5</sup> Peuvent conduire à un refus d'assurance ou à un refus de garantie car cela ne rentre pas dans l'objet du contrat.

<sup>6</sup> Peuvent conduire, en cas de sinistre, à un refus ou une limitation de prise en charge.

- faute d'exhaustivité, de sélectionner les exclusions/restrictions significatives, c'est-à-dire celles qui peuvent avoir une incidence sur la décision du consommateur de retenir ou non ce produit, celles qui sont inhabituelles par comparaison avec les produits de même nature, ou encore celles qui font l'objet de réclamations récurrentes.

Dans la sous-rubrique « **Principales restrictions** », le CCSF recommande **de mentionner l'existence des franchises, seuils et délais de carence** et d'en indiquer les plus importants.

- « **Où suis-je couvert ?** »

Le règlement décrit assez largement le contenu de cette rubrique. Le Groupe de travail recommande en outre d'alerter, le cas échéant, sur les modalités de garantie à l'étranger.

- « **Quelles sont mes obligations ?** »

Le Groupe de travail recommande

- d'insérer en introduction de cette rubrique un chapeau indiquant la sanction en cas de non-respect par l'assuré de ses obligations : nullité du contrat, non garantie, suspension de garantie etc.
- de distinguer trois périodes ou moments essentiels : la souscription, en cours de contrat, en cas de sinistre.

- « **Quand et comment effectuer les paiements ?** »

Le Groupe de travail suggère que soient ici précisés les moyens de paiement acceptés, et la possibilité éventuelle de fractionner les paiements.

- « **Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?** »

Cette rubrique contiendrait utilement :

- Une explication si la date de souscription diffère de la date de prise d'effet
- La mention, le cas échéant, que le contrat est annuel à tacite reconduction sauf résiliation par l'une des parties dans les cas prévus au contrat.

- « **Comment puis-je résilier le contrat ?** »

Il est convenu que l'information contenue dans cette rubrique :

- Concerne uniquement les résiliations à la main de l'assuré
- Vise les modalités de résiliation (exemple par lettre recommandée)
- Vise également les principaux moments où l'assuré peut demander à résilier.
  - Auto, habitation, santé : À la date d'échéance principale du contrat (préciser les modalités et le calendrier)
  - Auto, habitation : À tout moment, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription du contrat, sans frais ni pénalité
  - Cas spécifique de la santé :
    - En cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis
    - En cas de révision des cotisations
    - En cas de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.

Ces préconisations sont adressées aux fédérations professionnelles membres du CCSF afin qu'elles puissent les diffuser à tous leurs adhérents.

Annexes : IPID Assurance habitation, IPID Assurance automobile et IPID Assurance complémentaire santé