

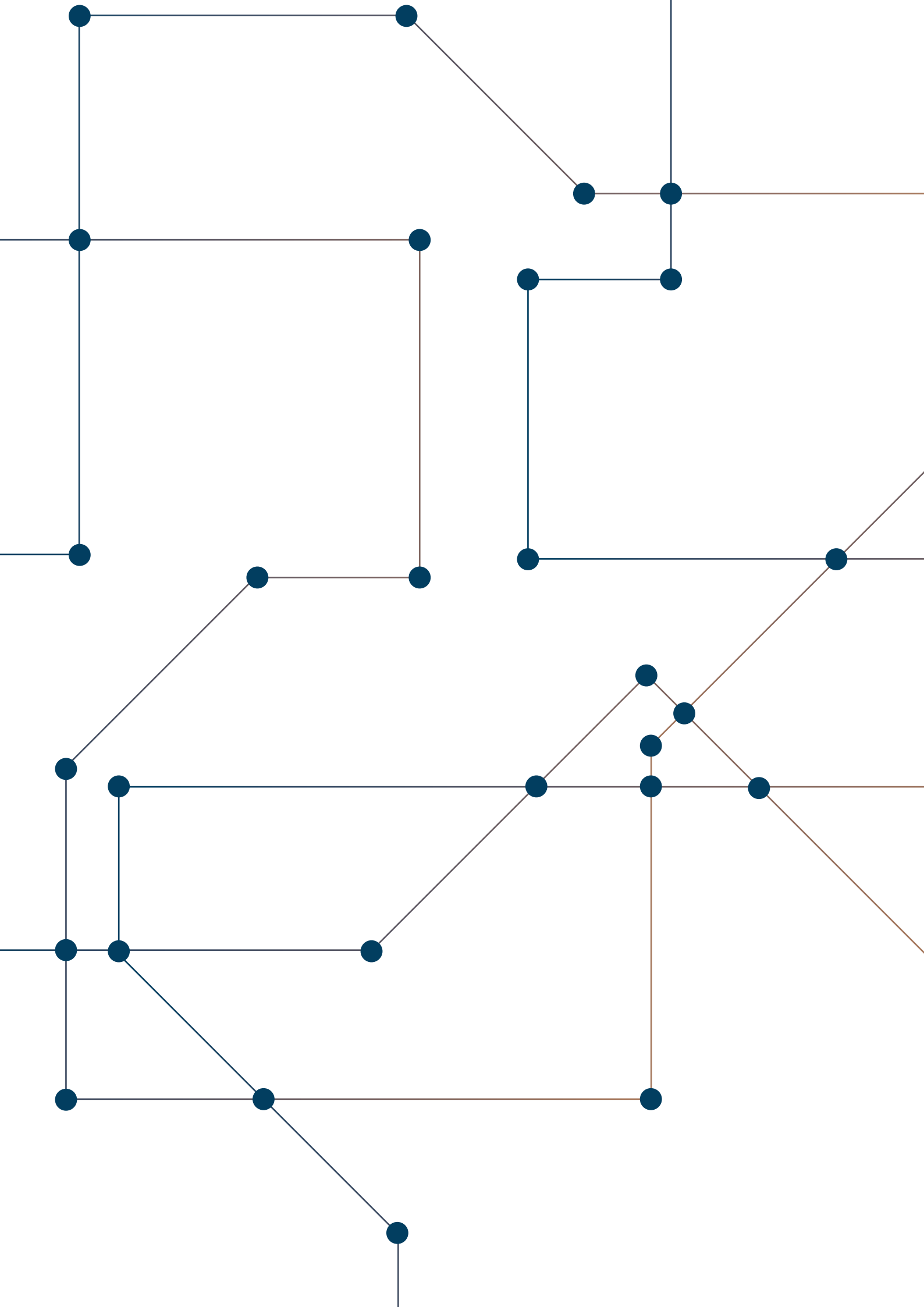
OBSERVATOIRE EUROPÉEN

DES INTERMÉDIAIRES
D'ASSURANCE

7^o ÉDITION



CGPA
europa





CGPA
europa

**LE SPÉCIALISTE
DE LA RC
PROFESSIONNELLE**
DES DISTRIBUTEURS D'ASSURANCES

SOMMAIRE

L'OBSERVATOIRE DES MISES EN CAUSE

- Le devoir de conseil et ses limites. 6

LES NOUVEAUX ENJEUX DU SECTEUR DE L'INTERMÉDIATION EN EUROPE

- Actualité ayant marqué le secteur de l'intermédiation en Europe. 16
- Le rôle des médiateurs en Europe face aux réclamations à l'encontre des intermédiaires d'assurance. 21
- Les sanctions des autorités de contrôle envers les intermédiaires d'assurance. 26
- La responsabilité civile professionnelle des intermédiaires d'assurance face au RGPD. 28

LES CHIFFRES CLÉS DU MARCHÉ DE L'INTERMÉDIATION

- Les évolutions du marché mondial de l'assurance. 36
- L'évolution des effectifs des distributeurs de produits d'assurance au sein de 5 Pays Membres de l'Union européenne. 37

CGPA EN CHIFFRES

48



En quelques années l'édition annuelle de *l'Observatoire Européen des Intermédiaires d'Assurance* est devenue un rendez-vous attendu. Il se veut, depuis sa création, être un outil, au service de la profession, sur le seul métier de CGPA Europe : la protection de la responsabilité civile professionnelle des distributeurs de produits d'assurance.

Nous avons cette année rassemblé les cas de mise en cause les plus significatifs ayant affecté les agents et courtiers d'assurance dans 7 marchés importants de l'Union européenne. Nous en avons analysé la portée pour en dégager les traits saillants. Cette étude est complétée par un point précis sur les interventions des régulateurs nationaux dans l'activité de la profession ainsi que sur le rôle grandissant des médiateurs ou *Ombudsmen* dans le règlement des différends nés de la distribution d'assurance.

Ce document vient compléter l'ensemble des actions de formation et d'information que nos équipes délivrent sur le terrain au plus proche des professionnels que nous accompagnons.

Le secteur vit actuellement une période difficile, troublée par une situation sanitaire et économique d'une ampleur encore jamais vécue sur nos marchés. Dans ce contexte, cette proximité envers nos clients, qui se concrétise au moyen de nombreux webinaires en Europe, nous apparaît d'autant plus nécessaire.

J'ai l'espoir de pouvoir vous l'exprimer en personne très bientôt.

Bien sincèrement,

ERIC EVIAN,
Président de CGPA Europe



**L'OBSERVATOIRE
DES
MISES EN CAUSE**

CE DOSSIER A ÉTÉ RÉALISÉ AVEC LA CONTRIBUTION DE :

 **MILLS & REEVE** **Neil Frankland
James Thompson**

  **RONAN
DALY
JERMYN** **Peter Lennon
Ruairi Geoghegan**

  **MorgantiAssociati** **David
Morganti**

  **SALPHATI AVOCATS** **Jean-François
Salphati**

 **Burguburu
Blamoutier
Charvet
Gardel
Associés** **Agnès
Goldmic**

  **BUFETE G. ITURMENDI Y ASOCIADOS, S.L.P.
ABOGADOS** **Gonzalo
Iturmendi Morales**

 **FEPRABEL** **Patrick
Cauwert**
Fédération des Courtiers en assurances
& Intermédiaires financiers de Belgique

 **Christoph Schultheiss**

Avec la contribution de Flora Bernstein, CGPA Europe
Graphic design: Claudio Madella (box313.net)



INTRODUCTION

Cette année encore, CGPA Europe continue d'enrichir son répertoire de jurisprudence consacré à la responsabilité civile professionnelle des intermédiaires d'assurance, concernant plusieurs pays européens : l'Italie, l'Espagne, la Belgique, la France, l'Irlande, l'Allemagne et le Royaume-Uni. Il s'axe plus précisément autour de l'étendue du devoir d'information et de conseil de l'intermédiaire. La tendance des tribunaux européens, positive pour la profession, vient poser des limites raisonnables aux obligations des intermédiaires en la matière. C'est un mouvement heureux, qu'il faut saluer, même si des différences d'appréciation persistent selon les systèmes juridiques et les concepts en vigueur.

 **ESPAGNE**

La jurisprudence espagnole a affirmé à plusieurs reprises que la prestation de services professionnels est considérée comme une obligation de moyens et non de résultat. Rapportée à l'intermédiation - et pour que cette obligation soit considérée comme satisfaite - il faut que l'intermédiaire d'assurance puisse prouver qu'il a mis en œuvre les moyens nécessaires à l'obtention du résultat final escompté, bien qu'il n'ait pas été atteint.

S. N° 293/2019 J.P.I. N° 39 du 25 novembre 2019

Faits

Dans le cadre d'un appel public à la concurrence, un client décide de recourir aux services d'un courtier et lui communique les informations nécessaires à l'obtention d'une attestation d'assurance - requise pour lui permettre de participer à cette procédure - que l'intermédiaire transmet à la compagnie d'assurance. Or, l'assureur n'accepte pas de garantir ce risque : de ce fait, le client se retrouve dépourvu d'attestation, et privé de la possibilité de participer à l'appel d'offres. Il met alors en cause la responsabilité civile professionnelle du courtier, arguant du fait que celui-ci n'a pas mis en œuvre les moyens suffisants pour lui permettre de participer à cet appel public à la concurrence.

Décision

Sa demande est rejetée par les magistrats, estimant qu'aucune faute de la part du courtier n'a été établie par le client. En effet, l'intermédiaire a selon les magistrats satisfait à ses obligations en transmettant à l'assureur les informations nécessaires à l'obtention d'une attestation d'assurance. Le non-aboutissement de cette démarche en raison d'un refus de la part de l'assureur ne peut donc être imputable au courtier.

Commentaire

Cet arrêt est positif en ce qu'il vient préciser les contours des devoirs pesant sur les intermédiaires d'assurance, soulignant que c'est bien une obligation de moyens qui pèse sur eux, et non une obligation de résultat. De ce fait, la seule non-obtention du résultat escompté ne suffira pas au client pour obtenir gain de cause : il lui faudra bien établir une faute de la part de l'intermédiaire d'assurance.

ITALIE

La coassurance consiste pour plusieurs assureurs à se partager un risque lorsque celui-ci est élevé et que le montant à garantir est important. Face à ce type de montage, une erreur de la part de l'intermédiaire d'assurance peut être lourde de conséquences, et résulter parfois en l'absence de prise en charge du sinistre par un ou plusieurs co-assureurs.

Tribunal d'Instance de Milan, décision no. 4340, 7 mai 2019

Faits

Par une décision de sa direction, une société appartenant à un groupe d'entreprises devient autonome, et se rapproche du courtier d'assurance collaborant déjà avec le groupe afin de souscrire un contrat destiné à couvrir ses propres risques. Le courtier lui fait alors souscrire un contrat visant à l'assurer indépendamment du groupe d'entreprises, auprès des mêmes co-assureurs. Cette opération a toutefois été réalisée par le courtier sans le consentement préalable de tous les co-assureurs, et sans tous les associer aux négociations. Quelques temps plus tard, un incendie survient dans les locaux de la société, qui sont gravement endommagés. Deux des co-assureurs refusent alors leur garantie, affirmant n'avoir jamais consenti à assurer cette société indépendamment du groupe, et qu'ils n'auraient pas accepté de garantir ce risque en tout état de cause. Face à ce refus de garantie, la société décide d'ester en justice contre ces deux co-assureurs et le courtier, demandant aux premiers de l'indemniser à hauteur des sommes qu'ils auraient dû lui verser en vertu du contrat souscrit d'une part, et au courtier, à titre subsidiaire, à hauteur de la somme non prise en charge par les co-assureurs d'autre part.

Décision

Le Tribunal d'Instance de Milan décide de rejeter la demande de la société cliente contre les co-assureurs, mais d'accepter sa requête à l'encontre du courtier. En effet, les juges affirment que l'intermédiaire aurait dû entamer des négociations avec tous les co-assureurs, et a manqué à ses obligations en émettant un contrat d'assurance sans leur consentement, qui de ce fait n'est pas valable. Ils estiment ainsi que la société assurée est en droit d'obtenir l'indemnité qu'elle aurait dû percevoir si elle avait correctement été assurée.

Commentaire

Ce jugement met en relief la nécessité pour les intermédiaires d'assurance de veiller à la validité des contrats qu'ils proposent à leurs clients, en prenant soin de solliciter toutes les parties prenantes en cas de coassurance, en particulier en cas de modification ou d'aggravation du risque. Le défaut d'obtention du consentement explicite de tous les co-assureurs est sévèrement réprimé par les juges en l'espèce. En effet, la demande de la société cliente à leur encontre est rejetée, résultant en la prise en charge d'une partie du sinistre par l'intermédiaire d'assurance.

IRLANDE

La jurisprudence irlandaise a mis à la charge des intermédiaires d'assurance une "obligation de diligence", consistant à veiller à ce que toutes les informations nécessaires à la souscription du risque qui lui ont été communiquées par son client soient bien transmises à l'assureur (Chariot Inns Ltd v Assicurazioni Generali S.p.A. [1981] I.R. 199). Cet arrêt vient préciser les contours de cette obligation.

Tribunal de Grande Instance de Dublin, décision n° 2018 No. 661 P - 3 avril 2020

Faits

En 2013, un client souscrit un contrat d'assurance destiné à couvrir sa ferme, par l'intermédiaire d'un courtier. Lors de la souscription du contrat, l'intermédiaire et son client étudient ensemble la proposition d'assurance et celui-ci s'en satisfait. Il est cependant mentionné au contrat une date inexacte concernant la construction de vieilles dépendances en pierres, faisant partie des bâtiments à assurer. En effet, le client affirme qu'elles ont été construites entre 2002 et 2007, alors qu'elles ont en réalité entre 80 et 100 ans. En avril 2017, une tempête endommage gravement les bâtiments. Le sinistre est immédiatement déclaré à l'assureur, qui refuse sa garantie en raison de cette inexactitude. Le client assigne alors le courtier et l'assureur, afin de se voir indemniser de son préjudice. Il affirme notamment que l'intermédiaire aurait manqué à ses obligations, ne lui ayant pas précisé lors de la souscription l'importance de mentionner l'état de ses dépendances, ainsi que leur date de construction.

Décision

Un jugement favorable au courtier a été rendu par le juge de première instance, estimant qu'il a bien satisfait à ses obligations d'une part, et que son client ne peut prétendre à l'obtention d'une indemnisation, alors qu'il a délibérément communiqué une date de construction erronée à l'assureur d'autre part. Une procédure d'appel a été initiée par le client, et est actuellement en cours.

Commentaire

Cette décision vient rappeler le fait que l'assuré potentiel est tenu de veiller à l'exactitude et la pertinence des informations qu'il transmet à l'assureur. Le courtier doit quant à lui veiller à poser des questions qui aideront son client à sélectionner les informations utiles sur le risque, mais n'est pas débiteur d'une obligation de vérification de ces éléments. Il ne peut donc être tenu pour responsable en cas de déclaration incorrecte. De ce fait, afin que le courtier puisse se défendre en cas de mise en jeu de sa responsabilité, il est essentiel qu'il enregistre sur un support durable une trace des échanges - verbaux ou écrits - avec l'assuré. Il doit également lui communiquer par écrit les informations liées à la garantie souhaitée et lui demander de les lire attentivement, afin de vérifier qu'elle corresponde bien à ses exigences et besoins.

ROYAUME-UNI

Cette affaire a été portée devant les juridictions écossaises, qui possèdent un système juridique mixte, unique en Europe, basé sur le droit romano-civiliste et la Common Law récente. Cette décision, bien que ne relevant pas du système juridique anglais, est un réel indicateur de l'impact de *l'Insurance Act* de 2015 sur les litiges portés devant les tribunaux britanniques.

Young contre Royal et Sun Alliance ("RSA") [2019] CSOH 32, Outer House of the Court of Session, Écosse.

Remarque

L'introduction de la loi sur les assurances de 2015 ("Insurance Act 2015") a engendré une baisse significative du nombre d'affaires portées devant les tribunaux au Royaume-Uni. Avant son entrée en vigueur, les clients étaient tenus de déclarer tous les éléments qui à leur connaissance pouvaient avoir une influence sur l'appréciation du risque par l'assureur, ou ceux susceptibles d'avoir une telle incidence. Pesait ainsi sur eux l'obligation d'envisager toutes les hypothèses susceptibles de générer un éventuel sinistre. L'assuré potentiel devait être d'une bonne foi absolue et fournir de sa propre initiative des informations exhaustives - même déjà détenues par l'assureur - sous peine de ne pas être couvert, ou même de voir son contrat résilié par l'assureur. L'intermédiaire se devait quant à lui de l'inciter à communiquer toutes ces données.

De cette obligation peu favorable aux assurés ont découlé de nombreux différends. L'Insurance Act de 2015, a permis de rééquilibrer la donne en abrogeant la législation antérieure et en introduisant l'obligation pour l'assuré potentiel de faire une présentation « juste » du risque à l'assureur.

Cela signifie que l'assuré potentiel doit déclarer tous les éléments importants dont il a connaissance - ou devrait avoir connaissance - et faire une déclaration de risque suffisamment précise pour qu'un assureur « prudent » soit amené à demander davantage d'informations si besoin.

Grâce à cette loi, l'assureur ne peut désormais résilier un contrat d'assurance que si la faute de l'assuré est intentionnelle, ou s'il s'agit d'un sinistre de nature frauduleuse. **Ainsi, il est désormais plus difficile pour les assureurs de résilier le contrat en cas du non-respect de ses obligations par l'assuré, comme ils avaient coutume de le faire avant la loi.**

Faits

Un client, dirigeant d'une société commerciale, se rapproche de son courtier afin d'obtenir une assurance garantissant son activité. Lors de la souscription du contrat, le client est invité à remplir un questionnaire-proposition préparé à l'aide du logiciel de l'intermédiaire. Une partie de ce document nécessite que le client choisisse parmi diverses options dans un menu déroulant, dont l'une des questions vise à savoir si les dirigeants ou la société ont déjà été déclarés insolvable, ou connu une procédure de liquidation par le passé. Le client affirme que non, et ne fournit pas d'informations supplémentaires, pensant que cette déclaration ne concerne que la société en question et ses administrateurs, qui n'ont jamais été déclarés insolvable. Or, le dirigeant a déjà été administrateur de quatre autres sociétés qui ont fait faillite par le passé : cette information n'est pas mentionnée dans les documents communiqués à l'assureur.

Après avoir reçu ce document, l'assureur envoie la documentation contractuelle au client, disposant notamment que : « l'assuré déclare ne jamais avoir été déclaré insolvable ou en état d'insolvabilité / que sa situation n'a jamais nécessité la désignation d'un liquidateur ». Le client signe ce document.

Peu de temps après, un incendie survient et endommage gravement les locaux de l'entreprise : le client fait alors une déclaration de sinistre, que l'assureur refuse de prendre en charge, au motif que tous les éléments dont il s'était enquis ne lui ont pas été correctement déclarés. Le client fait alors valoir le fait que les questions qui lui ont posées lors de la souscription revêtaient un caractère limitatif, étant axées sur la société assurée, et non sur le passé de ses administrateurs, et que les réponses fournies étaient donc correctes.

Décision

Le tribunal donne droit à la compagnie d'assurance et accepte la résiliation du contrat en raison de la teneur insuffisante des informations reçues. Il estime en effet que la question concernant l'insolvabilité était suffisamment claire, de sorte que l'assuré ne pouvait raisonnablement pas prétendre l'avoir mal comprise. Le tribunal estime donc que cette question concernait bien l'entreprise et ses administrateurs, ainsi que leurs liens avec d'autres entités insolvable.

Commentaire

Il est communément admis qu'une question figurant dans un questionnaire-proposition ne peut pas donner lieu à interprétation dès lors qu'elle est suffisamment claire et précise. *A contrario* si elle présente un certain degré d'imprécision, la réforme de 2015 autorise le client à délivrer les informations qu'il estime utiles, sans qu'elles ne puissent être contredites par l'assureur qui ne pourra pas résilier le contrat s'il estime ne pas avoir reçu suffisamment d'éléments.

Se pose alors la question de la responsabilité civile de l'intermédiaire d'assurance, qui pourrait se voir reprocher de ne pas avoir expliqué la véritable portée des questions posées à son client. Cette décision est intéressante car, bien que toutes les conséquences de la réforme de 2015 sur la responsabilité civile professionnelle des intermédiaires d'assurance ne se soient pas encore cristallisées au travers de cas concrets, elle constitue une première piste de réflexion.

FRANCE

Le devoir de conseil de l'intermédiaire d'assurance est issu d'une évolution jurisprudentielle nourrie depuis de nombreuses décennies en France. Cet arrêt vient ainsi s'inscrire dans cette construction qui détermine l'étendue de l'obligation de conseil qui pèse sur lui, ainsi que ses limites.

Cour de Cassation, 13 juin 2019

Faits

Une société souscrit un contrat d'assurance collective garantissant le décès et l'invalidité permanente totale de son dirigeant, par l'intermédiaire d'un agent général. Quelques temps plus tard, le dirigeant devient invalide à 80 %, et demande à l'assureur le bénéfice de sa garantie. Celui-ci refuse, au motif que pour jouer, cette garantie suppose un taux d'invalidité de 100 %. De ce fait, la société souscriptrice et les ayants droit de l'assuré mettent en cause la responsabilité de la compagnie d'assurance, estimant que l'agent aurait dû attirer l'attention de son client sur ce point. L'intermédiaire n'est toutefois pas attrait à la procédure, la partie demanderesse considérant la compagnie comme civilement responsable des actes de l'agent général.

Décision

Les magistrats rejettent les demandes du souscripteur et des bénéficiaires, aucun manquement ne pouvant être reproché à l'intermédiaire selon eux. En effet, ils considèrent que le dirigeant a « adhéré au contrat en parfaite connaissance des garanties et n'avait pas à être mieux éclairé », et que l'intermédiaire n'a pas manqué à ses obligations, la clause du contrat sur l'invalidité étant « claire et dépourvue de toute ambiguïté ». Par ailleurs, les juges soulignent le fait que l'agent a proposé sur un document écrit et signé du dirigeant « plusieurs autres garanties » que ce dernier « fait le choix de ne pas souscrire ».

Commentaire

Cet arrêt réaffirme le principe selon lequel la clarté des clauses contractuelles vient circonscrire l'obligation d'information et le devoir de conseil pesant sur l'intermédiaire d'assurance. Cette décision est positive pour le secteur de l'intermédiation, en ce qu'elle précise que les devoirs qui pèsent sur l'intermédiaire ne lui imposent pas pour autant d'intervenir lorsqu'à la simple lecture de la police ou de l'avenant qu'il signe, l'assuré est capable de mesurer la portée des conditions du contrat souscrit.



BELGIQUE

Les courtiers composent l'essentiel des effectifs des intermédiaires d'assurance sur le marché belge. Ils sont soumis à d'importants devoirs de conseil, de vérification et de mise en garde. Cet arrêt vient toutefois mettre en relief le fait que l'obligation d'information et le devoir de conseil qui leur incombent ne sont pas sans limites.

Cour d'appel de Mons, 24 mai 2019

Faits

En 2016, un client se rapproche d'un courtier afin de faire assurer la moto qu'il vient d'acquérir. Ce dernier lui délivre une couverture provisoire couvrant plusieurs risques, à l'exception du risque de vol, n'ayant pas spécifiquement été requis par le client. L'intermédiaire ne lui demande pas s'il souhaite bénéficier de cette garantie.

Six jours plus tard, l'engin est volé : le client demande alors à être indemnisé de son préjudice, ce que l'assureur refuse, au motif que la couverture souscrite ne comprend pas de garantie contre le vol. Le preneur d'assurance décide alors de se retourner contre le courtier, lui reprochant de ne pas l'avoir correctement informé et conseillé sur la couverture qui répondrait le mieux à ses exigences et besoins.

Décision


Les juges de première instance donnent raison au preneur d'assurance, estimant que le courtier a manqué à ses obligations. Toutefois, la Cour d'appel de Mons réforme la décision du premier juge, affirmant qu'il incombe au client de préciser à l'intermédiaire d'assurance le type de risque qu'il souhaite faire assurer lorsqu'il lui fait part de ses exigences et besoins.

Commentaire

En Belgique, les devoirs dont sont débiteurs les intermédiaires d'assurance à l'égard de leurs clients ont été fortement renforcés ces dernières années, mais ne restent cependant pas sans limite, comme le souligne cet arrêt. En effet, bien que le courtier doive proposer à son client une couverture en adéquation avec ses exigences et besoins, ce dernier ne peut adopter une position « passive » sans lui-même exprimer ses attentes et s'investir dans la relation contractuelle.



**LES NOUVEAUX
ENJEUX DU SECTEUR
DE L'INTERMÉDIATION
EN EUROPE**



Le monde de l'intermédiation évolue au gré de différents facteurs externes auxquels il doit s'adapter en permanence.

Ces facteurs sont protéiformes, pouvant se caractériser par de nouvelles réglementations nationales ou européennes, par l'expansion de modes alternatifs de résolution des différends, ou encore de décisions marquantes prononcées par les Autorités nationales de supervision à l'encontre des intermédiaires d'assurance. C'est la raison pour laquelle CGPA Europe a choisi cette année de consacrer un dossier dédié à chacun de ces sujets, permettant de mieux cerner l'environnement dans lequel évoluent au quotidien les intermédiaires d'assurance européens.

ACTUALITÉ AYANT MARQUÉ LE SECTEUR DE L'INTERMÉDIATION EN EUROPE



LA DIRECTIVE SUR LA DISTRIBUTION D'ASSURANCES ENFIN TRANPOSÉE EN ESPAGNE

L'Espagne est le dernier Pays Membre de l'Union européenne à avoir transposé la Directive (UE) 6/97 du 20 janvier 2016 sur la Distribution d'Assurances (DDA), qui - essentiellement pour des raisons d'agenda politique - est le dernier Etat des 27 Pays Membres à avoir inscrit cette Directive dans son droit national. L'Espagne avait d'ailleurs été rappelée à l'ordre par la Commission Européenne, qui avait lancé une procédure d'infraction à son encontre suite au retard qu'elle avait accumulé dans la transposition de la Directive. C'est en raison de l'urgence de la transposition que l'instrument législatif choisi par l'Espagne fut un décret royal (que nous appellerons ici « RDL ») approuvé par le gouvernement espagnol le 4 février 2020, plutôt qu'une loi votée par le Parlement. Point notable, le texte de transposition est une traduction quasi *in extenso* de la Directive, peu d'éléments y ont donc été ajoutés.

Après une si longue période d'élaboration, tout porte à croire que le contenu du RDL aurait pu faire l'unanimité parmi les différentes parties prenantes.

Cela n'est pourtant pas le cas et, paradoxalement, certaines questions sont applaudies par certains acteurs, et âprement critiquées par d'autres. Nous allons nous intéresser à plusieurs d'entre elles, ayant parfois suscité le débat au sein du marché espagnol de l'intermédiation.

De toutes les questions, la plus controversée est sans nul doute celle **des agents d'assurance pluri-mandataires, appelés « agentes vinculados »**. Ces intermédiaires ont pour particularité de pouvoir conclure des contrats d'agence avec une ou plusieurs compagnies d'assurance, s'engageant ainsi à exercer

leur activité d'intermédiation en vertu de ces mandats. **Après avoir disparu au sein des premiers projets, cette catégorie a été réinstaurée dans le RDL**, ce qui a suscité un certain étonnement dans le secteur de l'intermédiation. Certains ont d'ailleurs fait valoir qu'il était inutile de la réintroduire, au motif que l'agent exclusif ou le courtier étaient parfaitement capables de s'adapter à ce modèle de distribution.

Par ailleurs, le RDL a inscrit dans la loi **l'exigence pour les intermédiaires d'assurance de tenir des "comptes clients totalement séparés" de leurs ressources financières propres**, c'est-à-dire des comptes contenant des fonds n'appartenant qu'aux clients. Cette exigence est en réalité antérieure au RDL, car il s'agit d'une pratique adoptée par les intermédiaires d'assurance depuis de nombreuses années, mais qui n'avait jusqu'à présent pas été inscrite dans le droit espagnol. La transposition de la Directive vient donc inscrire dans la loi un usage consistant à transférer les fonds des clients sur des comptes strictement distincts, comme le prévoit l'article 10,6,d, de la Directive. Cet article laisse en effet aux Etats Membres la possibilité de choisir les mesures qu'ils entendent mettre en œuvre afin de protéger les clients contre l'incapacité de l'intermédiaire d'assurance à transférer la prime à l'entreprise d'assurance. Or, lors de la promulgation du RDL, une discussion technique est née concernant l'interprétation du texte. En effet, deux lectures contradictoires ont émané de la formulation même du RDL : tandis que certains comprennent qu'il s'agit de comptes bancaires distincts, d'autres y voient des comptes clients séparés et différenciés au sens comptable du terme. C'est un point sur lequel le régulateur s'est déjà exprimé verbalement, ayant affirmé que cet article renvoie en fait à l'obligation de tenir des comptes bancaires distincts, reste maintenant à publier cette précision de manière officielle. Autre point de débat : la protection de ces

¹ https://ec.europa.eu/info/publications/insurance-distribution-directive-transposition-status_en

comptes clients du reste de la masse des créanciers de l'intermédiaire en cas de procédure collective. En effet, la DDA précise qu'il est nécessaire que « ces comptes ne soient pas utilisés afin de rembourser d'autres créanciers en cas de faillite » : cet aspect n'est pas envisagé dans la transposition, ce qui a suscité de nombreuses interrogations.

Malgré cette lacune, le RDL constitue un réel progrès en Espagne, empêchant désormais formellement les intermédiaires de se servir des fonds versés par les clients à d'autres fins que celle à laquelle ils sont initialement destinés, à savoir être versés aux assureurs.

Un autre sujet ayant donné lieu à débat est l'introduction de ce que l'on appelle les **"mediadores de seguros complementarios" (les intermédiaires d'assurance à titre accessoire)**, définis par l'article 2.1.4 de la DDA comme « toute personne physique ou morale [...] qui, contre rémunération, accède à l'activité de distribution d'assurances à titre accessoire ou l'exerce, pour autant que les conditions suivantes soient remplies: la distribution d'assurances ne constitue pas l'activité professionnelle principale de cette personne physique ou morale; la personne physique ou morale distribue uniquement certains produits d'assurance qui constituent un complément à un bien ou à un service; les produits d'assurance concernés ne couvrent pas de risques liés à l'assurance vie ou de responsabilité civile, à moins que cette couverture ne constitue un complément au bien ou au service fourni dans le cadre de l'activité professionnelle principale de l'intermédiaire ». La Directive précise en outre qu'elle devrait ne pas s'appliquer aux personnes qui exercent cette activité dès lors que la prime ne dépasse pas un certain montant et que les risques couverts sont limités. Ainsi, **l'Espagne a fait le choix de ne pas soumettre les intermédiaires d'assurance à titre accessoire aux exigences énoncées dans la transposition de la Directive.**

De ce fait, de nombreux intermédiaires ont tenté de faire valoir, sans succès, que le faible montant de la prime d'un contrat d'assurance vendu à titre accessoire ne diminuait pas pour autant les dommages susceptibles d'être causés à l'assuré, comme par exemple dans le cas de l'assurance voyage associée à la vente d'un forfait vacances. En effet, ils ont mis en exergue la nécessité pour les consommateurs traitant avec des intermédiaires d'assurance à titre accessoire de bénéficier d'une protection égale à celle dont bénéficient leurs propres

clients, dans la mesure où une prime faible n'est pas toujours synonyme de risque sans gravité.

Pour conclure, cette transposition de la Directive européenne sur la Distribution d'Assurances concrétise un réel effort d'harmonisation avec les différentes législations des autres Pays Membres l'Union européenne, et de recherche d'une protection accrue du consommateur. **Ce décret royal constitue ainsi un ferme pas en avant, qui contribuera sans nul doute à faire converger tous les pays de l'Union dans la même direction, bien que certains points restent encore largement débattus.**

EN ALLEMAGNE, LE TRANSFERT DE LA SURVEILLANCE DES COURTIERS EN INVESTISSEMENTS FINANCIERS À L'AUTORITÉ FÉDÉRALE DE SURVEILLANCE FINANCIÈRE (BAFIN) FAIT DÉBAT



En 2020, le secteur financier allemand a connu quelques soubresauts avec la faillite du groupe allemand de paiements électroniques Wirecard AG, qui a déposé le bilan après la découverte d'un trou de 1,9 milliard d'euros dans ses comptes, laissant ses créanciers face à une dette de 3,5 milliards d'euros. Cette faillite, liée à un montage frauduleux, a conduit la Commission Européenne à saisir l'autorité européenne de supervision des marchés financiers (ESMA) pour vérifier l'existence d'éventuels manquements de la part du régulateur allemand, la BaFin. L'ESMA a ainsi entamé en juillet dernier une enquête accélérée, qui s'est soldée par un rapport mettant en évidence un certain nombre de lacunes, d'entraves juridiques et procédurales liées à l'indépendance de la BaFin. **Cette affaire aura certainement des répercussions sur le secteur de l'assurance, dans la ligne de mire d'un plan d'action initié par le gouvernement allemand visant à instaurer un système simplifié de poursuite des irrégularités commises par les banques, les assureurs et les sociétés de paiement. Ce projet intervient au moment où la BaFin, sous le feu des critiques, se trouve au cœur d'une réforme visant à lui attribuer la surveillance des intermédiaires financiers.**

Jusqu'à présent, la surveillance prudentielle des courtiers en investissements a toujours été confiée aux chambres de commerce et d'industrie régionales allemandes.

Le 24 juillet 2019, le gouvernement allemand

a présenté un plan visant à transférer progressivement la surveillance des courtiers en investissements financiers à l'Autorité fédérale de surveillance financière (Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht - BaFin), l'objectif étant de mettre en place un système de surveillance unique pour les courtiers en investissements. En mars 2020, le gouvernement a adopté ce projet de loi, dont la mise en oeuvre, initialement prévue en janvier 2021, devrait être reportée d'un à deux ans en raison de la pandémie. Malgré son approbation, il semblerait que cette réforme ne fasse pas l'unanimité du côté politique.

En effet, sur le plan du contenu, ce projet est étroitement lié à l'ordonnance sur le courtage en investissements financiers (FinVermV), qui est régie par les articles 34f et 34h de la Gewerbeordnung (GewO). En raison de ce changement d'autorité de tutelle, ces paragraphes seront transférés dans un nouvel article 11a de la Loi sur le commerce des valeurs mobilières (Wertpapierhandelsgesetz, WpHG). **Ces acteurs seront de ce fait soumis à des exigences réglementaires plus strictes pour ce qui est de l'obtention de leur agrément, des devoirs organisationnels qui pèsent sur eux, ainsi qu'en matière d'audit annuel.** L'audit ne sera plus effectué à intervalles fixes, mais de manière flexible par la BaFin. Les anciens rapports d'audit annuels ne seront par ailleurs plus nécessaires pour les courtiers en investissements financiers, qui seront à l'avenir appelés « prestataires de services d'investissement financier » (Finanzanlagendienstleister). Suite à ce transfert de compétences, les agréments de ces intermédiaires seront toujours valables : ils devront néanmoins apporter la preuve de la satisfaction aux conditions d'accès à la profession par voie électronique dans les six mois, afin de prouver qu'ils satisfont toujours aux exigences en vigueur.

Par ailleurs, les activités de surveillance de la BaFin sont financées par des contributions de la part des entités qu'elle contrôle. Cela représentera donc un coût important pour les futurs assujettis, qui devront mettre la main à la poche. A ces coûts, s'ajoutent les frais liés aux tests d'aptitude effectués par la BaFin ainsi que des futurs certificats de compétence, l'assurance responsabilité civile professionnelle, les formations et autres coûts déjà engagés par les intermédiaires. **Selon certaines estimations, ces dépenses supplémentaires pourraient avoisiner les 5 000 euros par intermédiaire concerné.**

Le transfert de la surveillance à la BaFin

impliquera donc de grands efforts d'adaptation de la part des courtiers en investissements financiers, en termes de gestion administrative et financière.

Ainsi, la santé financière des intermédiaires d'assurance risque d'être mise à mal par cette réforme, qui pourrait avoir de lourdes conséquences sur leur démographie. En effet, face à ces nouvelles exigences, certains devront sans doute quitter le métier, tandis que d'autres devront se regrouper afin de disposer plus facilement des ressources financières nécessaires pour faire face à ces nouveaux frais.

Un autre sujet réglementaire a récemment fait l'objet d'un débat judiciaire en Allemagne, initié par l'association des intermédiaires allemands BVK².

L'article 48b de la loi allemande sur la supervision des assurances (VAG), interdit depuis 1923 aux intermédiaires d'assurance de rétrocéder des commissions à leurs clients. L'Allemagne est l'un des rares Etats Membres de l'Union européenne à imposer une telle interdiction, qui génère un contentieux impactant fortement les pratiques commerciales instaurées par la profession.

Faits

En 2018, à l'occasion de son dixième anniversaire, un portail de comparaison d'assurances, Check24, fait l'offre suivante à ses utilisateurs : toute personne ayant souscrit un contrat d'assurance individuelle via un assureur figurant sur le portail de comparaison entre le 20 septembre et le 10 octobre 2018 et ne l'ayant pas résilié, s'est vue offrir un crédit d'un montant pouvant s'élever jusqu'à l'équivalent d'une prime annuelle, selon le type de contrat souscrit.

Informée de cette pratique, l'Association fédérale des courtiers d'assurance allemands (BVK) décide d'ester en justice contre Check 24, afin de faire cesser cette pratique qu'elle considère comme illégale. Pour ce faire, elle se fonde sur la disposition légale précitée, interdisant aux intermédiaires de rétrocéder des commissions à leurs clients. Le portail de comparaison réfute cette assertion, arguant du fait que les crédits n'ont pas été distribués par le biais de son propre courtier - "Check24 Vergleichsportal

²Tribunal régional de Munich 1, 4 février 2020 - 33 O 3124/19, BVK contre Check24

für Kfz-Versicherungen GmbH" - comme l'interdit la loi allemande, mais par la société mère Check24 GmbH".

Décision

Le tribunal donne raison à la BVK, estimant que cette pratique constitue une violation manifeste de l'interdiction légale de rétrocession des commissions de la part des intermédiaires d'assurance à leurs clients. Il est désormais interdit à Check24 de mener de telles campagnes ou de faire des offres similaires à ses clients.

Commentaire

Cet arrêt est intéressant dans la mesure où c'est ici une association d'intermédiaires qui a pris le parti d'attirer le courtier Check24 en justice. Cela dit, ce n'est pas la première fois que ces deux acteurs se rencontrent sur la scène des tribunaux : l'association, qui représente près de 40 000 agents d'assurance, avait déjà obtenu que Check24 communique à ses clients le montant des commissions perçues par le courtier avant la signature de tout contrat d'assurance.

comportements. Cette idée a été insufflée à l'IVASS par d'autres pays européens ayant déjà usé de cette pratique dans le secteur des assurances, comme le Royaume-Uni ou la Belgique. Ainsi, L'IVASS étudie la mise en œuvre de ces expériences étrangères, et élabore le cadre réglementaire dans lequel s'inscrira ce mécanisme.

Cette pratique permettra à l'IVASS d'effectuer ses contrôles d'une manière novatrice : en effet, les outils de contrôle traditionnels, tels que les inspections, peuvent détecter des événements et des comportements qui se sont déjà produits. Il s'agit essentiellement d'outils de vérification *a posteriori*. Le "Mystery Shopping" est quant à lui un outil de contrôle *a priori*. Cette pratique aura pour but de veiller au respect des obligations pesant sur les intermédiaires, comme l'adéquation du produit proposé aux exigences et besoins du consommateur (le client mystère devra s'assurer que l'intermédiaire d'assurance s'enquiert des informations nécessaires auprès de son client), le fait qu'il lui fournisse des informations complètes avant et pendant la vente d'un produit d'assurance, et la remise de documents d'information spécifiques. L'acheteur mystère vérifiera ainsi la manière dont le produit est offert lors de son passage et soumettra ensuite un rapport à l'IVASS.

Toutefois, il reste encore plusieurs étapes à franchir, comme celle consistant à articuler le Mystery Shopping avec les autres techniques d'enquête ou encore le poids à donner aux conclusions du client mystère. L'IVASS compte ainsi sur cette nouvelle méthode pour accroître l'efficacité des contrôles et de la prévention. Si cette expérience est fructueuse, elle pourrait également être étendue à d'autres domaines et secteurs de surveillance.



EN ITALIE, L'IVASS SE LANCE DANS LA PRATIQUE DU MYSTERY SHOPPING³

En 2020, l'IVASS (autorité de contrôle des intermédiaires d'assurance) a décidé de mettre en place la pratique du « mystery shopping », dans le cadre de sa mission de protection des consommateurs.

L'IVASS a ainsi lancé deux projets pilotes pour vérifier directement la justesse des pratiques commerciales mises en œuvre par les agents, les banques, les courtiers ou même sur le web. En effet, en Italie, les ventes de produits d'assurance sur Internet sont en hausse, et l'IVASS souhaite mener à bien ses missions tout en s'adaptant aux changements des habitudes des Italiens.

Le "Mystery Shopping" - explique l'Institut dans une note - est une technique de contrôle utilisée depuis des années par les entreprises commerciales pour évaluer la qualité de leurs biens et services, en se faisant passer pour de faux clients. Appliquée au secteur des assurances, elle permettra d'identifier, de manière préventive, tout comportement incorrect et non transparent dans l'offre et la vente de produits d'assurance aux clients, et d'adopter des mesures correctives pour prévenir et décourager de tels

³ Assinews.it, l'Ivass se déguise en client, 13 février 2020, <https://www.assinews.it/02/2020/livass-si-traveste-cliente/660071303/>



UN NOUVEAU COURANT JURISPRUDENTIEL FRANÇAIS POURRAIT METTRE À MAL LA RESPONSABILITÉ CIVILE DES INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE

En France, une tendance jurisprudentielle semble se dessiner et fait naître des interrogations dans le monde de l'intermédiation. En effet, les magistrats français admettent désormais qu'un tiers à une relation contractuelle puisse mettre la responsabilité de l'un des cocontractants en cause dès lors qu'il prouve que la mauvaise exécution du contrat lui a causé un dommage. Rapportée au secteur de l'assurance, cette ligne jurisprudentielle pourrait être lourde de conséquences pour les intermédiaires.

En France, il est communément admis que le contrat ne crée de lien d'obligation qu'entre les parties. Il est toutefois opposable aux tiers, lesquels ne peuvent en méconnaître l'existence. **Au regard de ces principes, la jurisprudence française a évolué au fil du temps, reconnaissant désormais que, lorsqu'un tiers subit un préjudice du fait de la mauvaise exécution d'un contrat, il lui est possible d'engager la responsabilité du débiteur défaillant, en prouvant une mauvaise exécution du contrat pour qu'une faute soit retenue. L'action est nécessairement de nature délictuelle puisque la victime est un tiers au contrat.**

Depuis un arrêt de principe rendu le 6 octobre 2006, la Cour de cassation estime que « le tiers à un contrat peut invoquer, sur le fondement de la responsabilité délictuelle, un manquement contractuel dès lors que ce manquement lui a causé un dommage », et a depuis rappelé ce principe à plusieurs reprises. La possibilité pour le tiers victime d'une exécution défectueuse du contrat d'obtenir réparation - notamment lorsqu'une obligation de conseil ou d'information n'a pas été respectée par un professionnel - semble être propre au droit français. En effet, à l'exception du droit belge qui applique des solutions voisines en reconnaissant au tiers victime de l'exécution défectueuse d'un contrat la possibilité d'agir sur le terrain extra-contractuel, les techniques utilisées par les droits étrangers pour protéger les tiers diffèrent sensiblement de celles du droit français. Ainsi, en droit italien, le contrat ne peut produire d'effets à l'égard des tiers que dans les cas prévus par la loi. Le droit allemand compense quant à lui le caractère restrictif de son régime de responsabilité délictuelle par une extension du champ

contractuel au profit de certains tiers. Le droit anglais, après avoir longtemps interdit aux tiers de s'immiscer dans le rapport contractuel, leur reconnaît désormais dans certains cas, notamment dans le domaine de la sécurité, le droit de se prévaloir d'une exécution défectueuse du contrat⁴. **Rapporté au secteur de l'assurance, ce courant jurisprudentiel pourrait être susceptible d'avoir un impact sur les mises en cause de la responsabilité civile professionnelle des intermédiaires d'assurance.** En effet, en principe, l'intermédiaire d'assurance qui exécute correctement sa mission auprès de son client n'a pas d'obligations envers le cocontractant de ce dernier. Le devoir de conseil est donc essentiellement tourné vers son client, et non vers les autres protagonistes. Toutefois, cette nouvelle tendance élargit le périmètre des tiers pouvant engager sa responsabilité, ce qui risquerait d'inciter sans doute davantage les compagnies d'assurance ou d'autres tiers en relation avec les cocontractants à mettre leur responsabilité en jeu. **En effet, on constate désormais que des tiers mais également des compagnies d'assurance et mutuelles, s'emparent de cette jurisprudence pour mettre en cause la responsabilité de l'intermédiaire d'assurance en dehors de tout cadre contractuel,** arguant de faute(s) commise(s) par ce dernier à l'égard de ses clients. Ainsi, dans un arrêt rendu fin 2018, la Cour de cassation a admis que si un intermédiaire n'exécute pas correctement sa mission auprès de son client, le tiers lésé est en droit de lui réclamer des dommages-intérêts en raison du préjudice qu'il subit. En l'espèce, il a été admis par les juges qu'une mutuelle, tiers au contrat d'assurance, puisse se prévaloir sur le fondement de la responsabilité délictuelle, du manquement contractuel d'un courtier envers sa cliente souscriptrice, une association souhaitant assurer ses membres. En effet, le courtier lui avait proposé d'adhérer à une garantie de remboursement de frais de santé complémentaire qui ne pouvait en réalité bénéficier qu'à des salariés, ce qui a selon les juges causé un préjudice à la mutuelle (C.cass, Civ. 1ère, 19 sept. 2018). S'il persiste, ce courant jurisprudentiel, réaffirmé par les magistrats en janvier 2020 à l'occasion d'un arrêt largement commenté par la doctrine, pourrait être lourd de conséquences pour le secteur de l'intermédiation français.

⁴ Cour de Cassation, Arrêt n° 541 du 6 octobre 2006 - Assemblée plénière, Rapport de M. Assié, Conseiller rapporteur

LE RÔLE DES MÉDIATEURS EUROPÉENS FACE AUX RÉCLAMATIONS À L'ENCONTRE DES INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE

Face à l'encombrement des tribunaux judiciaires et à l'allongement des délais liés aux procédures, de nombreux pays ont cherché à mettre en place des méthodes alternatives de résolution des conflits. Aux côtés de l'arbitrage, la médiation et la conciliation « traditionnelle », le secteur financier a été doté dans plusieurs pays de structures de résolution des conflits qui leurs sont propres. Leurs pouvoirs, compétences et moyens varient selon les Etats. Pour cette étude, nous avons choisi de nous concentrer sur les systèmes irlandais, anglais et belge.



LE TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS REDESSINÉ PAR LE MÉDIATEUR IRLANDAIS

C'est en vertu d'une loi de 2017 que le Financial Services and Pensions Ombudsman ("FSPO", Médiateur des Services Financiers et des Pensions) a été créé le 1er janvier 2018 en Irlande, regroupant deux entités préexistantes, le Financial Services Ombudsman (Médiateur des services financiers) et le Pensions Ombudsman (Médiateur des pensions). La mission du FSPO consiste à traiter les réclamations émanant de consommateurs, y compris celles d'entreprises de petite taille, à l'encontre de fournisseurs de services financiers ou de distributeurs de produits d'assurance. Le financement du FSPO se fait au moyen de contributions financières de la part de ces derniers, ainsi que d'une subvention du gouvernement irlandais.

Traitement des réclamations

Les réclamations adressées au FSPO peuvent porter sur la distribution d'un produit d'assurance, la proposition d'un tel service, ou un manquement de la part du prestataire n'ayant pas fourni le service demandé par son client. Ce dernier doit toutefois avoir au préalable épuisé les procédures de réclamation internes du distributeur de produits d'assurance concerné avant de déposer une réclamation auprès du FSPO.

Les réclamations sont d'abord traitées de manière informelle, le FSPO écoutant les parties et cherchant à faciliter un accord. Ce mode de résolution se déroule dans la majeure partie des cas par voie téléphonique. Lorsque ces interventions ne permettent pas aux parties de trouver un terrain d'entente, le FSPO est alors officiellement saisi de la réclamation :

il rend une décision qui est juridiquement contraignante pour les deux parties, qui ne pourra être réformée que par un appel devant la High Court.

Remarque

La contestation d'une décision du FSPO sera sûrement très difficile - voire impossible - pour une partie souhaitant la faire réformer en justice. En effet, il lui faudra prouver qu'elle est le fruit d'une erreur grave et sérieuse, ou d'une série de telles erreurs : un appel ne peut donc être accueilli que dans des circonstances exceptionnelles, les décisions du FSPO étant usuellement considérées comme définitives.

Pouvoirs du FSPO

En vertu de la loi de 2017, le FSPO dispose de tous les pouvoirs, droits et privilèges conférés à la High Court ou à un juge civil, y compris le pouvoir de contraindre les parties à comparaître, soit volontairement, soit par voie de citation à comparaître, ces dernières pouvant être interrogées sous serment. Le FSPO dispose en outre de pouvoirs lui permettant de faire inspecter les locaux commerciaux occupés ou utilisés par le distributeur de produits d'assurance faisant l'objet de l'enquête. En vertu du Règlement de 2018 sur le Médiateur des Services Financiers et des Pensions (Financial Services and Pensions Ombudsman Regulations 2018), les pouvoirs du FSPO ont été accrus de sorte qu'il peut désormais, ce qui est assez remarquable, ordonner à un prestataire de services financiers ou à un distributeur de produits d'assurance de verser une **indemnisation pouvant atteindre 500 000€**. Il peut également leur ordonner de rectifier la conduite faisant l'objet de la réclamation.

Modes de preuve

L'aspect le plus intéressant de l'examen des réclamations par le FSPO est sans nul doute celui des modalités inhérentes à la preuve. Le FSPO peut décider que la réclamation dont il est saisi sera soit considérée comme accueillie ; soit comme accueillie en substance ; soit comme partiellement accueillie, ou encore rejetée. L'article 60(2) de la loi précise que les trois premières options ne sont possibles que si le **comportement reproché est contraire à la loi ou déraisonnable, injuste, oppressant ou indûment discriminatoire à l'égard du demandeur**. La loi va même plus loin et dispose que le distributeur d'assurance peut voir une réclamation à son encontre accueillie **lorsqu'il n'a pas fourni d'explication relative au comportement reproché**.

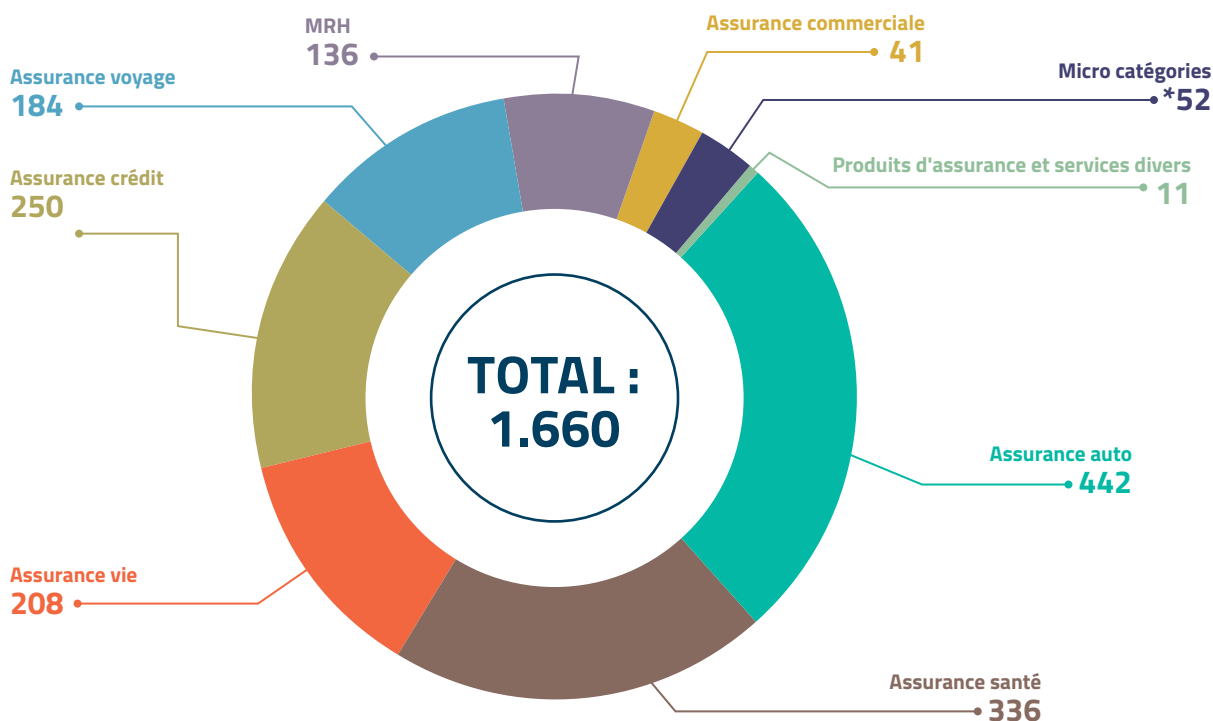
Il existe ainsi une norme de preuve spécifique au FSPO en Irlande, qui n'est établie ni " au-delà du doute raisonnable ", comme c'est le cas dans les procédures pénales, ni " selon la prépondérance des probabilités ", comme c'est le cas dans les procédures civiles.

Remarque

les modalités de preuve en Irlande et au Royaume-Uni se déclinent usuellement comme il suit :

- **Dans les procédures pénales, la preuve établie " beyond of reasonable doubt "** ("au-delà du doute raisonnable") : le tribunal doit être convaincu qu'il n'y a " aucun doute " sur la véracité de la preuve apportée par la partie demanderesse. Il s'agit d'un standard de preuve qui est très élevé, dans la mesure où les conséquences d'une condamnation pénale sont généralement lourdes.
- **Dans les procédures civiles : la preuve apportée selon une « balance of probabilities »** (« prépondérance des probabilités »). Cela signifie que le tribunal doit être convaincu que la survenance du dommage était plus probable qu'improbable. Si tel est le cas, alors le demandeur obtiendra gain de cause. En revanche, si les preuves font pencher la balance dans l'autre sens, ou si les probabilités sont égales, il sera débouté de ses demandes.
- **Pour le FSPO, il en va autrement, puisque le standard est le suivant** : une réclamation peut être

APERÇU DES RÉCLAMATIONS PORTÉES DEVANT LE FSPO PAR PRODUIT D'ASSURANCE



*La catégorie « micro » concerne les produits d'assurance qui ne font pas partie des autres catégories mentionnées, et inclut, par exemple, les assurances maritimes, agricoles, pour les produits électroniques, les téléphones portables ou encore les animaux domestiques.



accueillie dès lors que le comportement reproché est **« contraire à la loi ou déraisonnable, injuste, oppressant ou indûment discriminatoire à l'égard du demandeur »**.

Il est donc clair que, dans la majorité des cas, lorsqu'un service ou un conseil aura été considéré comme fourni par un intermédiaire d'assurance en violation de la loi, il ne sera pas difficile pour un demandeur de satisfaire à ce standard de preuve particulier. En outre, il sera manifestement difficile pour un distributeur de produits d'assurance de prouver qu'il n'a pas agi de manière "déraisonnable, injuste, oppressive ou indûment discriminatoire" à l'égard du demandeur.

Un autre point doit être mis en exergue : celui de **l'élargissement de la définition du "consommateur", permettant désormais aux petites et moyennes entreprises de porter une réclamation devant le FSPO**. Un seuil a été établi par la loi, selon lequel ces dernières sont habilitées à porter plainte auprès du FSPO, à condition que leur chiffre d'affaires au cours des 12 mois précédant la date de la réclamation ne dépasse pas 3 000 000€. Cette disposition se heurte à une difficulté rendant ardue son application pratique, les chiffres d'affaires des 12 mois précédents n'étant souvent pas déterminés avant que l'audit ou les comptes de l'exercice concerné ne soient terminés.

Quelques statistiques

On constate une croissance notable des réclamations à l'encontre des intermédiaires d'assurance auprès du FSPO, qui a été extrêmement actif sur ce type de dossiers au cours derniers mois. Dans son *Aperçu des réclamations 2019*, le FSPO indique que les réclamations relatives à la distribution de produits d'assurance sont les plus fréquentes (1 660 réclamations) – en deuxième position derrière les réclamations liées aux services bancaires - avec près d'un tiers du total des réclamations recensées en 2019. Plus précisément, la plupart des réclamations concernant les produits d'assurance sont relatives à l'assurance automobile (27 % en 2019), suivies par réclamations liées aux assurances maladie et les assurances connexes. En ce qui concerne les comportements faisant l'objet de réclamations, le rejet de demande d'indemnisation arrive en tête de liste (28 %), suivi par la gestion des réclamations (14 %), la vente abusive de contrats (14 %) et le service client (11 %).

AU ROYAUME-UNI, LA FCA AUGMENTE LE PLAFOND DE COMPÉTENCE DU MÉDIATEUR

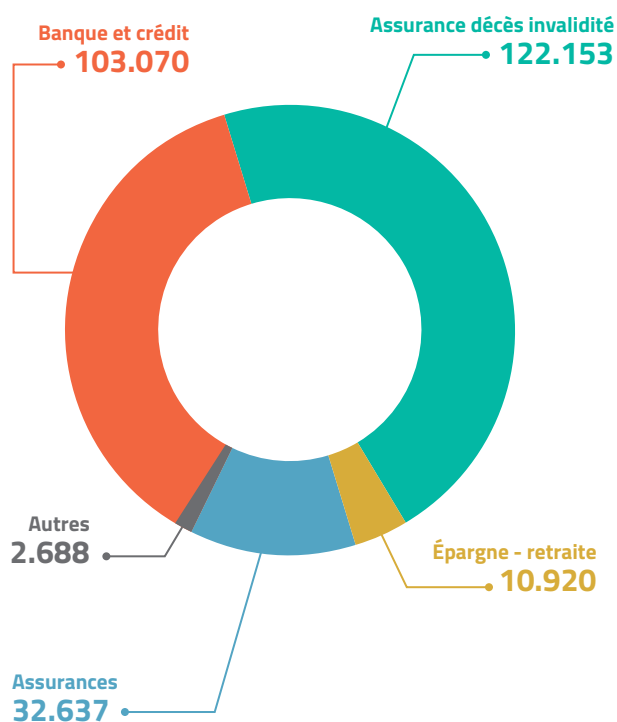
Au Royaume-Uni, l'un des éléments marquants de l'année 2019 fut l'augmentation du plafond d'indemnisation du Financial Ombudsman Service (FOS) - médiateur britannique - par la Financial Conduct Authority, malgré les prédictions alarmistes de certains assureurs, craignant d'être contraints d'augmenter les primes d'assurance jusqu'à 500 % dans certains secteurs. Depuis le 1^{er} avril 2019, cette limite d'indemnisation est ainsi passée de 150 000 £ à 350 000 £ pour tous les consommateurs et entreprises qui décideraient de saisir le médiateur britannique.

L'argument soulevé par la FCA pour justifier cette augmentation est le fait que l'ancienne limite d'indemnisation (150 000 £) était insuffisante par rapport aux sommes en jeu dans certaines affaires dont le FOS avait à traiter. La FCA a précisé que cette nouvelle limite d'indemnisation serait soumise à des ajustements liés à l'inflation, en fonction de l'indice des prix à la consommation. Cela s'est traduit par la récente révision de cette limite d'indemnisation par la FCA, qui a confirmé que les demandes adressées au FOS à partir du 1^{er} avril 2020 et portant sur des actes ou omissions ayant eu lieu à partir du 1^{er} avril 2019 seraient désormais soumises à une limite d'indemnisation de 355 000 £.

Cette réforme a un autre impact, dans la mesure où elle se caractérise également par l'extension de la juridiction du FOS. En effet, le médiateur ne traitait auparavant que des réclamations formulées par les consommateurs et micro-entreprises. Désormais, il peut être saisi par les PME de grande taille (dont le chiffre d'affaires est inférieur à 6,5 millions de livres et dont le bilan est inférieur à 5 millions de livres) : selon la FCA, 210 000 PME seraient concernées par cette extension.

Ces changements sont de nature à impacter le secteur de l'intermédiation, dans la mesure où **de nombreux cabinets de courtage de petite taille pourraient être mis en cause par des entreprises clientes sensiblement plus grande, susceptibles de souscrire des couvertures d'assurance sur mesure ou complexes**. Les intermédiaires ont d'ailleurs fait valoir leurs préoccupations quant au fait que les réclamations de grande valeur devraient être traitées par les tribunaux plutôt que par le FOS. A ce sujet, la FCA s'est voulue rassurante, ayant

AFFAIRES NOUVELLES 2019/20 (VOLUME)



	2019/2020	2018/19	% Différence
Assurance habitation	6.160	8.564	-28%
Assurance santé	2.233	2.670	-16%
Assurance auto	9.690	12.977	-25%
Assurance voyages	2.510	3.581	-30%
Autres catégories	12.044	14.549	-17%
TOTAL	32.637	42.341	-23%

récemment affirmé que le FOS disposait de la capacité de tenir des audiences orales si cela s'avérait nécessaire pour l'équité de la procédure. Or, il s'avère que ce droit n'est pas automatiquement exercé dans les affaires complexes ou de valeur importante.

Par ailleurs, certains se sont interrogés sur la pertinence de cette mesure, se demandant si le FOS disposait bien des ressources nécessaires pour traiter d'affaires aussi complexes ou comportant des enjeux financiers importants, alors que le nombre de demandes qui lui sont présentées ne cesse de croître en raison de l'ouverture de ce service aux PME. En outre, **à l'instar de l'Ombudsman irlandais, le FOS britannique rend des décisions juridiquement contraignantes, fondées sur ce qu'il considère comme « juste et raisonnable »,**

et n'est pas strictement tenu d'appliquer les principes juridiques ou la jurisprudence dégagée par les tribunaux anglais. Si un consommateur accepte une décision finale du FOS à l'encontre d'une entreprise dans le cadre d'un différend les opposant, elle revêtira alors une force contraignante pour l'entreprise, qui n'aura pas la possibilité de se retirer de la procédure ou de contester cette décision devant les tribunaux.

Cependant, si les professionnels de l'assurance peuvent s'inquiéter de la valeur et de la complexité accrues des réclamations, l'avantage d'un recours devant le FOS réside dans les économies substantielles qu'implique la médiation par rapport aux litiges de nature contentieuse.

L'OMBUDSMAN BELGE NOTE UNE CROISSANCE NOTABLE DES PLAINTES DANS LE SECTEUR DES ASSURANCES⁵

En Belgique, il y a peu de contentieux lié à la responsabilité civile professionnelle des intermédiaires d'assurance en raison d'un recours croissant aux services de l'Ombudsman (institué par l'arrêté royal du 21 juin 2006) – ou médiateur en assurance – de la part des assurés. Comme au Royaume-Uni ou en Irlande, les consommateurs n'hésitent pas à recourir aux services de l'Ombudsman, dont les décisions ne peuvent que difficilement être remises en question.

L'Ombudsman des Assurances intervient à l'occasion de différends opposant un consommateur ou un professionnel à une compagnie d'assurance ou un intermédiaire d'assurance, et peut être sollicité dès lors qu'un contrat d'assurance est en jeu. Lorsque le demandeur n'obtient pas satisfaction auprès du service dédié aux réclamations de l'une ou l'autre de ces entités, ou lorsqu'il souhaite l'intervention directe de l'Ombudsman, il peut s'adresser à ce dernier.

L'Ombudsman rend un avis aux parties sur un support durable. Il le communique au demandeur en précisant que **cet avis revêt une autorité « morale » mais n'est pas contraignant pour les parties, et que celles-ci peuvent toujours saisir les tribunaux compétents.** En effet, l'avis ou la solution proposée par l'Ombudsman peuvent être contredits par une décision judiciaire.

⁵ <http://www.ombudsman-insurance-annualreport.be/2019-ombudsman-assurances-rapportannuel/>

Point notable, l'Ombudsman a été sollicité 6.726 fois durant l'année 2019. Ceci représente une augmentation des demandes d'intervention de 4 % par rapport à 2018. Le manque de communication, l'absence de réponse et les délais de gestion restent les motifs principaux d'insatisfaction du consommateur et représentent à eux seuls 30 % des plaintes. Le nombre de demandes d'intervention de la part de clients insatisfaits ne cesse de croître depuis sa création, notamment en raison de son caractère facilement « accessible », **dans la mesure où il n'y a pas de seuil financier pour solliciter son intervention.**

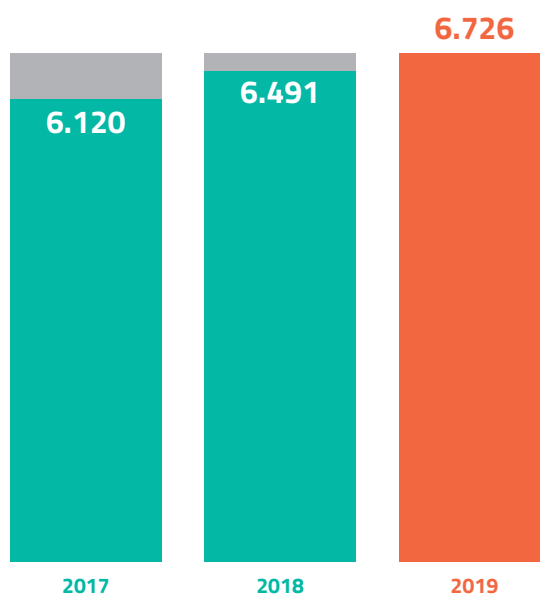
Malgré une croissance des demandes d'intervention de la part de l'Ombudsman, il est intéressant de constater que celles visant les intermédiaires ont baissé de près de 6%. Les réclamations à leur encontre visent essentiellement leur gestion de la production (57% des plaintes, contre 43% de plaintes liées à la gestion des sinistres), et concernent essentiellement les secteurs Vie, Auto et Incendie. Les principaux motifs des demandes d'intervention par les consommateurs sont le manque d'information lors de la souscription et de la modification du contrat (16 %) ; le manque de communication (14 %) et la résiliation (6 %).

Par ailleurs, l'Ombudsman belge a constaté dans son dernier rapport que l'utilisation du digital dans le secteur de l'Assurance était parfois susceptible d'entraîner quelques incertitudes de la part des consommateurs. En effet, à tous les stades de la vie du contrat (souscription, gestion des sinistres, communication et accessibilité générale), **il n'est pas certain que les outils digitaux mis en place par certains distributeurs répondent de manière précise aux exigences et besoins de leurs clients.** En effet, les outils de déclaration ou de suivi du sinistre en ligne ne sont pas toujours clairs pour l'ensemble des utilisateurs, tout comme l'envoi automatique de messages, ne donnant pas le sentiment d'un dialogue ou d'une réelle prise en charge.

La question du digital revêt de ce fait une importance notoire pour les intermédiaires d'assurance : d'une part, parce qu'il génère souvent un sentiment de distance, alors que la singularité même de cette profession réside en une certaine proximité avec le client ; et d'autre part, parce que le digital entraîne parfois son lot des difficultés pour les professionnels de l'intermédiation, qui ne sont pas toujours en mesure de produire des pièces suffisamment probantes dans

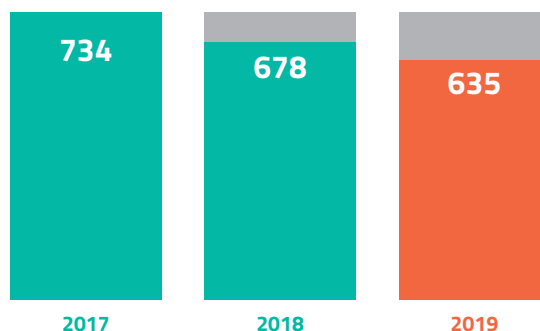
les dossiers étudiés par l'Ombudsman, en raison notamment des structures informatiques mises en place.

Évolution des demandes d'intervention



6.726
demandes d'intervention, une croissance de 4%

9% des demandes d'intervention concernent les intermédiaires



635
demandes d'intervention, une diminution de 6%

LES SANCTIONS DES AUTORITÉS DE CONTRÔLE ENVERS LES INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE

En Europe, les Autorités de Contrôle nationales sont en charge de deux principales missions : contribuer au renforcement de la stabilité du secteur des assurances, et protéger la clientèle. Pour accomplir ces deux missions, elles disposent de pouvoirs de contrôle, de sanctions, et de la capacité de prendre des mesures de police administrative. C'est dans ce cadre que nous nous sommes intéressés en particulier à une sanction prononcée en France à l'encontre d'un intermédiaire d'assurance.



LE SUPERVISEUR FRANÇAIS SE PRONONCE SUR LA PRATIQUE DE LA VENTE À DISTANCE PAR UN COURTIER

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), supervise les pratiques commerciales d'un marché comptant plusieurs centaines d'organismes et plus de soixante mille intermédiaires immatriculés sur le registre unique tenu par l'ORIAS – courtiers, agents généraux, mandataires – opérant dans les secteurs de la banque et de l'assurance. Ces derniers temps, peu de sanctions ont été prononcées à leur encontre : en 2020, sur 3 décisions rendues, seule une décision concerne les intermédiaires d'assurance.

Décision du 15 mai 2019, Provitalia (ex-2AP) - Blâme et sanction pécuniaire de 20 000€

Remarque

Dans le cadre de la vente d'un contrat d'assurance, le consommateur doit recevoir par écrit ou sur un autre support durable, avant tout engagement, un certain nombre d'informations. **Selon le Code des assurances français, il peut toutefois être dérogé à cette obligation d'information préalable par écrit lorsque le contrat a été conclu à la demande du consommateur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission de ces informations. Le distributeur peut alors se contenter de mettre**

les informations relatives au contrat à la disposition du souscripteur « immédiatement après la conclusion du contrat ». C'est dans ce contexte que le 15 mai 2019, la Commission des sanctions de l'ACPR a rappelé que dans le cadre d'un démarchage téléphonique, l'intermédiaire ne peut bénéficier de cette dérogation lorsqu'il est à l'initiative de la conversation téléphonique conduisant à la vente du contrat d'assurance. Dans cette hypothèse, il doit communiquer avant la conclusion des contrats, sur un support durable, les informations précontractuelles requises.

Faits

Les procédés utilisés par la société de courtage en question pour réaliser des ventes à distance consistent à exploiter des fichiers d'abonnés téléphoniques contactés à partir d'une plateforme tunisienne. Le processus de commercialisation est le suivant : le prospect contacté fournit des éléments d'identité, donne des informations, notamment sur les éventuels contrats d'assurance souscrits et indique s'il accepte d'être rappelé. En cas de réponse positive, un « conseiller vendeur » rappelle ultérieurement le client : l'entretien téléphonique s'achève par la phase de vente proprement dite au terme de laquelle l'intéressé, avisé de ce que le contrat sera conclu dès que son « consentement par signature électronique » aura été recueilli, communique les coordonnées du compte sur lequel les primes seront prélevées. Lors du

dernier appel, dit de confirmation, il est rappelé au client que le contrat est déjà conclu et que, toutefois, en cas d'objection ou de refus à ce stade, l'adhésion est annulée. Le client reçoit enfin un code secret par SMS, dont la divulgation au vendeur permet de finaliser la souscription du contrat. **En procédant ainsi, le courtier pensait pouvoir se prévaloir de la dérogation prévue par le Code des assurances précitée, estimant que c'était bien le client qui, en acceptant d'être rappelé à la fin de la première étape du processus de vente, était à l'origine de la souscription** (laquelle est alors effectuée « à sa demande »). Or, il lui a été reproché de ne pas avoir prodigué à ses clients - par écrit ou sur tout autre support durable - les informations précontractuelles qu'il est tenu de leur fournir.

Décision

L'ACPR refuse de suivre le raisonnement du courtier puisque « ni l'accord pour être rappelé donné lors du premier appel, ni le consentement à la souscription donné in fine par le consommateur ne peuvent être regardés comme une demande de sa part de conclusion d'un contrat en utilisant une technique de communication à distance ». Elle prononce donc à l'encontre de la société de courtage un blâme et une sanction pécuniaire de vingt mille euros.

Commentaire

Cette volonté de l'ACPR de contrôler et de sanctionner ce type de pratique est confortée par une nouvelle décision du 28 février 2020, prise à l'encontre d'une société de courtage qui, poursuivie pour des faits identiques (utilisation d'une plateforme hors UE, démarchage de prospects, absence d'information et de conseil), s'est vue sanctionner par un blâme et une interdiction de commercialiser des contrats d'assurance pendant deux mois.

LA RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE DES INTERMEDIAIRES D'ASSURANCE FACE AU RGPD

Le règlement n° 2016/679, dit Règlement Général sur la Protection des Données, est un règlement de l'Union européenne qui constitue le texte de référence en matière de protection des données à caractère personnel. Il renforce et unifie la protection des données pour les individus au sein de l'Union européenne, dans le but de faire face aux défis de la société numérique. Le milieu de l'Assurance a été particulièrement impacté par le RGPD, entré en vigueur le 25 mai 2018. En effet, l'Assurance est un domaine en pleine transformation digitale avec un recours croissant aux nouvelles technologies. Les acteurs de ce secteur touchent d'ailleurs à un éventail très large de la vie humaine, grâce à une multitude de données constituant la matière première de leur activité. Nous avons interrogé nos avocats européens sur l'impact que pourrait avoir le RGPD sur les intermédiaires d'assurance, et notamment sur leur responsabilité civile professionnelle.



EN ESPAGNE, L'AGENCE ESPAGNOLE DE PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES (AEPD) RAPPELLE AUX INTERMÉDIAIRES L'IMPORTANCE D'ÉLABORER DES POLITIQUES PRÉCISES DE PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Procédure N° : PS/00403/2018

En 2019, l'Agence espagnole de protection des données (AEPD) s'est exprimée au sujet du RGPD et des obligations qui en découlent pour les intermédiaires d'assurance. Cette décision favorable à l'intermédiaire en question, ne saurait qu'inciter les distributeurs d'assurances à prendre garde aux procédures de protection des données à caractère personnel qu'ils élaborent, afin de limiter les risques de mises en cause de leur responsabilité.

Faits

Le comportement ayant donné lieu à la réclamation en question réside en une invitation ou « demande d'ami » que le mandataire d'une agence d'assurance a envoyé à la fille d'une cliente par le biais du réseau social Facebook. Celle-ci a en effet expliqué avoir reçu un appel téléphonique de l'agence adressé à sa mère - titulaire d'une police d'assurance décès - lui proposant une assurance habitation. Elle a alors demandé à ce que toutes les informations liées au contrat proposé lui soit envoyées dans un premier

temps, afin qu'elle puisse les transmettre ensuite à sa mère. Après avoir reçu un autre appel téléphonique l'informant que la proposition d'assurance avait été acceptée par l'assureur, la fille de l'assurée est convoquée dans les locaux de l'intermédiaire, et y croise le mandataire en question. Quelques jours plus tard, elle reçoit une invitation par le biais de Facebook, et reconnaît le mandataire sur les photos. Elle décide donc de saisir l'entité espagnole de protection des données personnelles - l'AEPD - afin de savoir comment ses données avaient été utilisées.

Décision

L'AEPD, ne retient pas la responsabilité de l'intermédiaire dans cette affaire, qui a pris soin de préciser dans les contrats le liant à ses mandataires les obligations qui leur incombent en vertu du RGPD. En effet, l'AEPD estime que l'agence d'assurances a agi avec diligence et a pris des mesures suffisantes pour s'assurer que ses mandataires - ayant accès aux données collectées ou figurant sur ses registres - avaient connaissance des règles de protection des données et des obligations qui en découlent.

Commentaire

Cette décision souligne l'importance pour les intermédiaires d'assurance d'élaborer des procédures précises sur la protection des données à caractère personnel, décrivant avec précision le rôle et les obligations qui pèsent sur leur(s) mandataire(s). C'est grâce à cela que la responsabilité de l'intermédiaire a été mise hors de cause en l'espèce, l'AEPD ayant estimé que cette invitation avait été envoyée par le mandataire dans le cadre d'une activité strictement personnelle.



EN FRANCE, LA COMMISSION NATIONALE DE L'INFORMATIQUE ET DES LIBERTÉS (CNIL) SANCTIONNE LOURDEMENT UN COURTIER D'ASSURANCE

Décision du 18 juillet 2019

En France, en 2018, 11 077 plaintes ont été recensées (+32,5% par rapport à 2017) et 11 sanctions prononcées, tandis qu'en 2019, on dénombre 14.000 plaintes pour 11 sanctions : le nombre de sanctions n'a pour ainsi dire pas évolué. Pourtant, avec 51,1 M€, la France est en tête des montants d'amendes infligées en Europe (114 M€ au total) depuis l'entrée en vigueur du RGPD. La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), organisme public chargé de veiller à la protection des données personnelles contenues dans les fichiers et traitements informatiques ou papiers, aussi bien publics que privés, a rendu une importante décision le 18 juillet 2019, visant un courtier d'assurance.

Faits

Un courtier grossiste conçoit et distribue des contrats d'assurance automobile à une clientèle de particuliers via son site internet, sur lequel les utilisateurs peuvent demander des devis ou souscrire des contrats d'assurance automobile en ligne. La spécificité du produit d'assurance distribué est qu'il vise tout type de clients, même ceux ayant un malus ou dont le précédent contrat d'assurance a été résilié pour non-paiement de prime. Le 1^{er} juin 2018, un client du courtier ayant entré un

mot de passe erroné se connecte par erreur sur un compte client qui n'est pas le sien, sans aucune procédure d'authentification préalable. En effet, sur ce site, les comptes des clients de la société étaient accessibles via des liens hypertextes référencés sur un moteur de recherche, ou en modifiant les numéros figurant à la fin des adresses URL affichées dans le navigateur. La base contenait entre autres 144 890 cartes grises, 137 776 permis de conduire, 119 940 relevés d'identité bancaire, 119 517 devis ; 36 068 déclarations de cession d'un véhicule automobile, ou encore des contrats d'assurance. Par ailleurs, le courtier imposait à tous ses utilisateurs d'utiliser leur date de naissance en guise de mot de passe, qui leur était envoyé par courriel sans aucun cryptage. Le client ayant découvert cette faille en informe la CNIL, qui ouvre une procédure de contrôle.

Décision

La CNIL inflige au courtier une sanction de 180 000 euros et rend sa sanction publique, précisant qu'elle a été rendue en tenant compte de : « la gravité du manquement, en raison de la nature des données et des documents en cause [mais également] du nombre de personnes concernées, le défaut de sécurité ayant affecté les comptes de plusieurs milliers de clients et de personnes ayant résilié leur contrat avec la société ».

Commentaire

Cette décision ressemblerait presque à un cas d'école au regard du caractère flagrant des erreurs commises par le courtier. Cette décision devrait cependant constituer un réel point d'attention pour les intermédiaires d'assurance, dans la mesure où elle met en exergue le fait que les contrôles effectués par la CNIL ne revêtent pas qu'une visée pédagogique.



EN ALLEMAGNE, LE TRIBUNAL RÉGIONAL SUPÉRIEUR DE COLOGNE PRÉCISE LES CONTOURS DE LA DÉFINITION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

20 U 75/18, du 26 juillet 2019

En Allemagne, une décision récente du tribunal régional supérieur de Cologne a imposé à un assureur la fourniture à l'un de ses assurés de toutes les informations dont il disposait sur lui, en vertu du RGPD. Cette décision vise un assureur, mais sa portée est susceptible de concerner l'ensemble des distributeurs de produits d'assurance.

Faits

Suite à un sinistre ayant fait l'objet d'un refus de garantie de la part de son assureur, un client demande à ce que lui soient communiquées toutes les données à caractère personnel dont la compagnie d'assurance dispose sur lui. Cette dernière refuse de les lui fournir, au motif que la notion de données à caractère personnel ne couvre que les données « de base » qu'elle lui avait déjà préalablement communiquées. Elle estime en effet que les autres informations, telles que les notes stockées électroniquement concernant

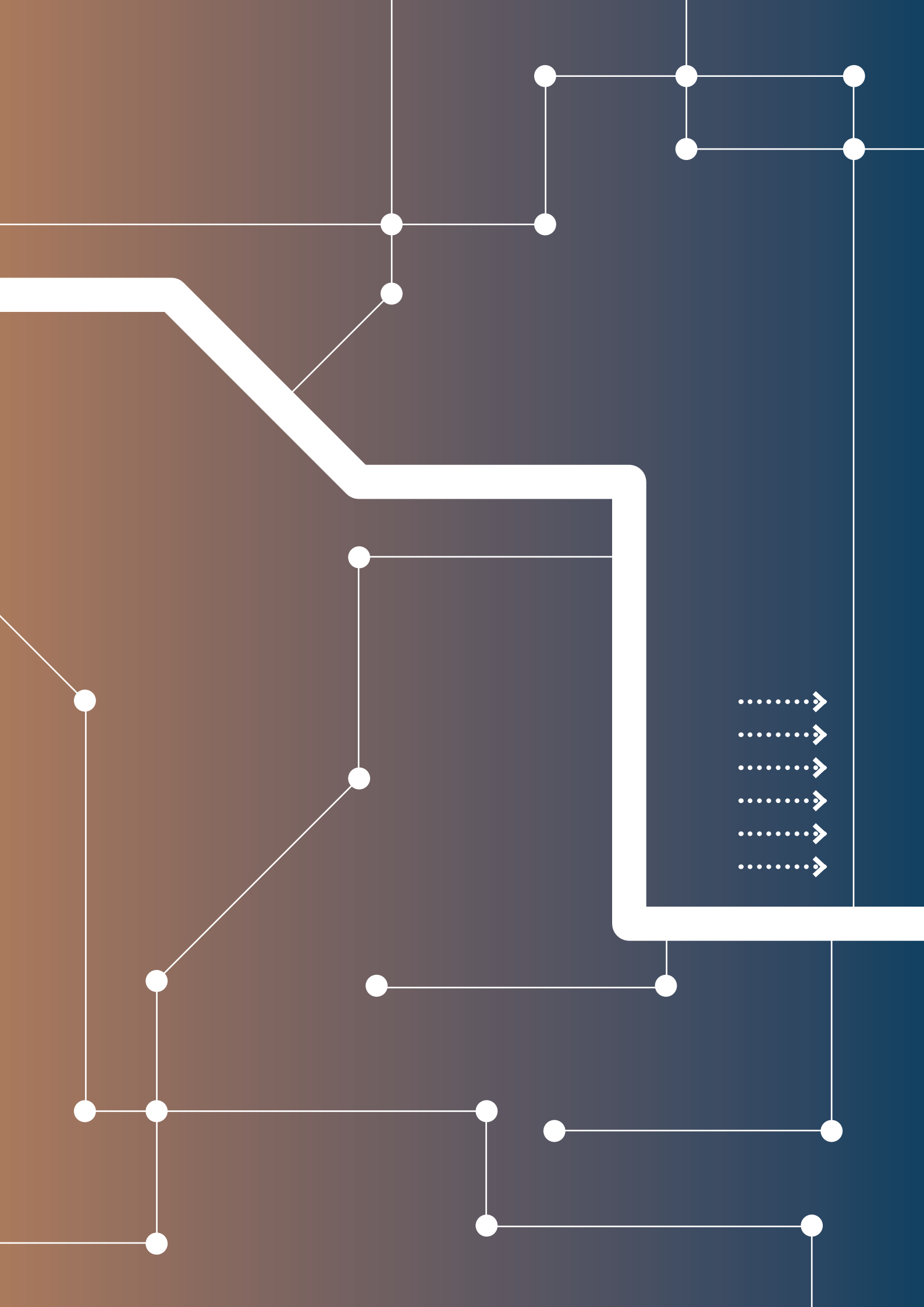
les appels téléphoniques et autres conversations avec le demandeur n'entrent pas dans le champ d'application du RGPD mais relèvent du secret des affaires. L'assuré décide alors d'ester en justice.

Décision

Les juges confirment le droit de l'assuré à obtenir de la compagnie toutes les données personnelles dont elle dispose à son égard, sur le fondement du droit à l'information dont il bénéficie. Le tribunal régional supérieur de Cologne affirme que toutes les données, y compris les notes relatives à des conversations, les notes téléphoniques, ou encore les déclarations enregistrées sont des données personnelles qui doivent pouvoir lui être communiquées en vertu du RGPD.

Commentaire

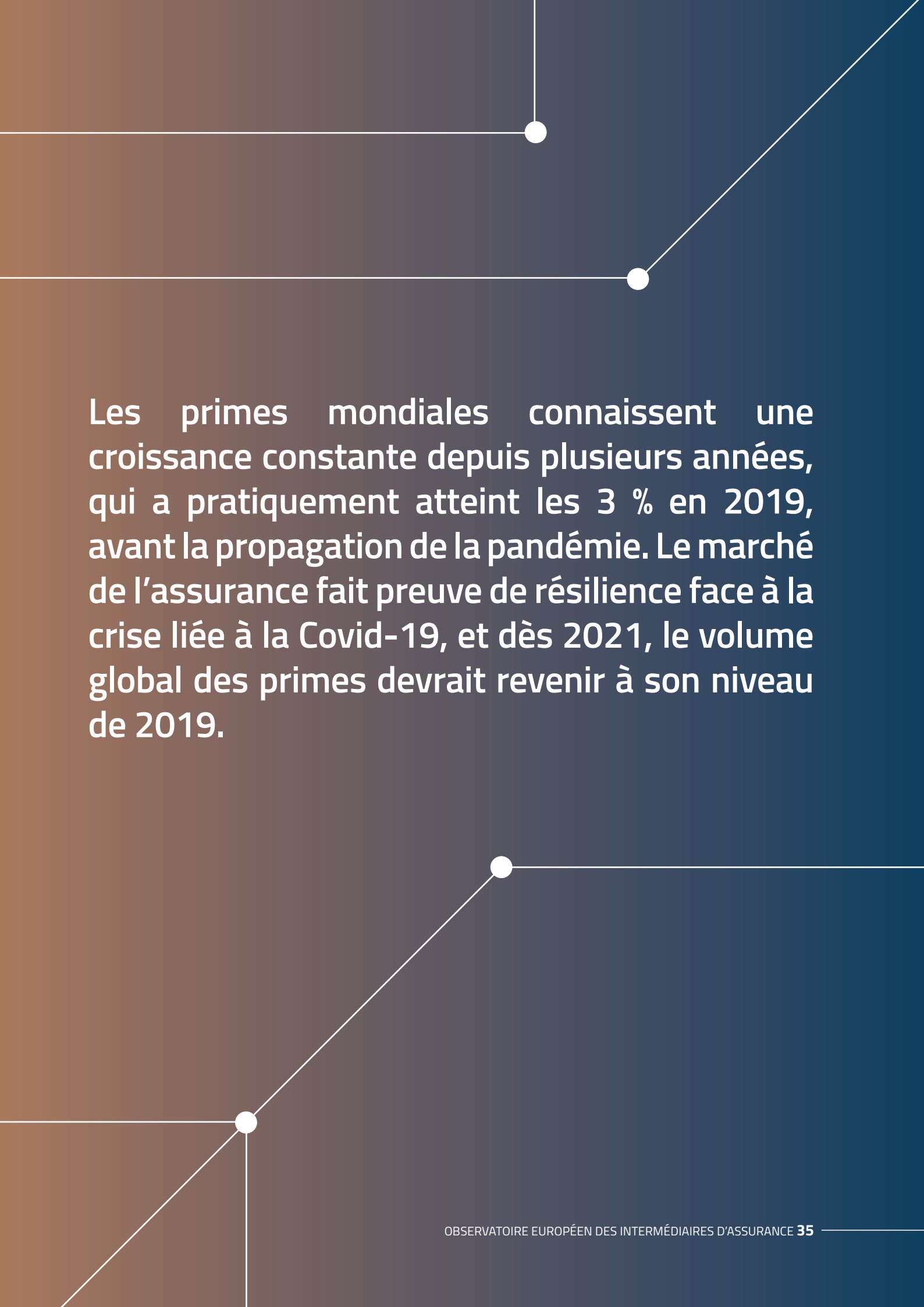
Selon les juges, toute information/donnée relative à une personne physique identifiée ou identifiable doit être considérée comme une donnée personnelle, et la compagnie d'assurance ne peut invoquer le secret des affaires pour se dispenser de les communiquer à l'assuré. Ainsi, face au développement des technologies de l'information et des vastes possibilités qu'elles offrent, cette décision permet de préciser les contours de la notion de traitement de données à caractère personnel. Elle ne concerne qu'un seul assureur, mais pourrait très certainement s'appliquer aux intermédiaires d'assurance si des cas similaires venaient à se profiler devant les tribunaux.







LES CHIFFRES CLÉS DU MARCHÉ DE L'INTERMÉDIATION



Les primes mondiales connaissent une croissance constante depuis plusieurs années, qui a pratiquement atteint les 3 % en 2019, avant la propagation de la pandémie. Le marché de l'assurance fait preuve de résilience face à la crise liée à la Covid-19, et dès 2021, le volume global des primes devrait revenir à son niveau de 2019.

LES ÉVOLUTIONS DU MARCHÉ MONDIAL DE L'ASSURANCE

Cette année encore, sur le podium du marché de l'assurance mondiale, les États-Unis conservent leur place de leader, suivis par la Chine et le Japon. Le Royaume-Uni, la France, l'Allemagne et l'Italie affichent également de bonnes performances, figurant toujours dans le classement des 10 premiers marchés mondiaux.

D'un point de vue prospectif, malgré l'impact qu'aura la pandémie sur l'économie mondiale, le marché de l'assurance devrait redresser la barre dès 2021, sous l'impulsion de l'Asie émergente, et de la Chine en particulier, dont les parts de primes continueront d'augmenter pour atteindre les 18 % en 2030.

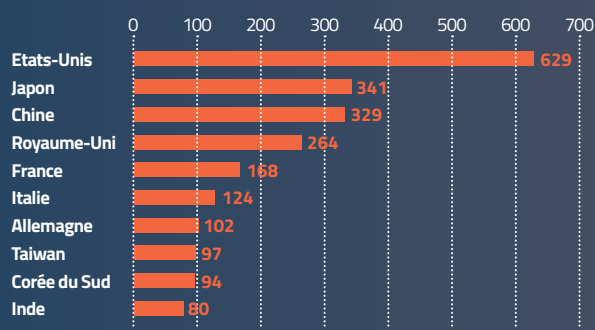
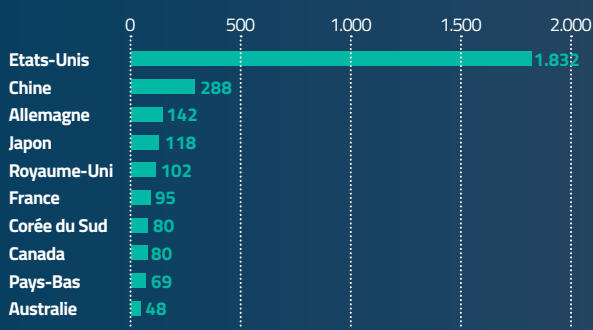
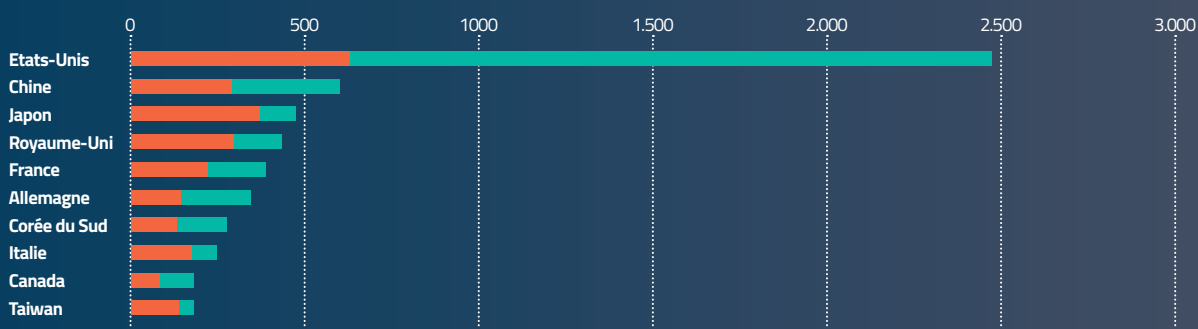
Le secteur Vie a connu une hausse réelle des primes de 2,2% en 2019 : il s'agit d'une légère décélération par rapport à la croissance de 2,6 % enregistrée en 2018, due à un ralentissement provenant des marchés avancés, mais qui reste toutefois supérieure

à la moyenne annuelle des dix années précédentes (1,5%). Une forte contraction des primes d'assurance Vie est à prévoir en 2020 en raison de la hausse du chômage, de la diminution des revenus ainsi que des mesures de confinement qui ont ralenti les activités de distribution. Un rebond d'activité devrait avoir lieu en 2021, toutefois trop faible pour compenser entièrement cette baisse.

Le secteur Non-vie a quant à lui enregistré de bonnes performances en 2019, avec une croissance de 3,5 %. Le volume mondial des primes devrait se contracter de 0,1 % en 2020 dans ce secteur, pour repartir à la hausse dès 2021, avec une croissance de 3,3 %. L'une des principales raisons de cette résilience réside dans le fait que la crise a frappé à un moment de durcissement des taux dans ce secteur, ce qui a soutenu la croissance des primes.

TOP 10 DES MARCHÉS MONDIAUX EN 2019, SECTEURS VIE ET NON-VIE (PRIMES D'ASSURANCE EN MILLIARDS DE DOLLARS)

■ NON-VIE ■ VIE





L'ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DES DISTRIBUTEURS DE PRODUITS D'ASSURANCE AU SEIN DE 5 PAYS MEMBRES DE L'UNION EUROPÉENNE

La pandémie de Covid-19 a eu certaines répercussions sur les chiffres usuellement publiés par les Autorités nationales de supervision, qui ont pour la plupart d'entre elles dû reporter la parution de leur rapport annuel. De ce fait, nous nous concentrerons cette année sur cinq pays européens pour lesquels ces données étaient disponibles lors de l'élaboration de ce dossier.

Toutefois, certains de ces rapports annuels ont été élaborés avant la survenance de la pandémie : il faudra donc attendre les prochaines parutions (2021) pour pouvoir mesurer le réel impact de la crise sur les chiffres du marché européen de l'intermédiation.

FRANCE

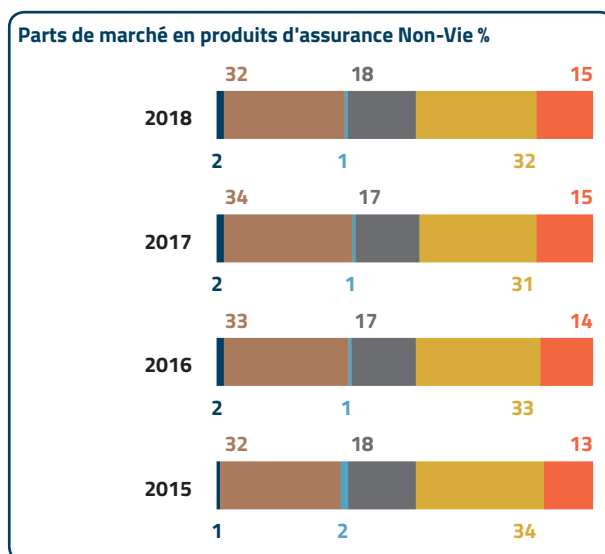
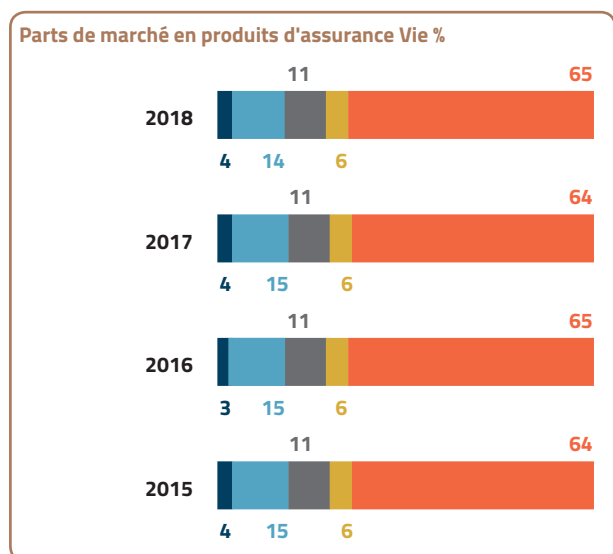
Le marché de l'intermédiation est divisé entre courtiers ; mandataires d'intermédiaires d'assurance (agissant au nom et pour le compte de ces derniers, leur activité étant limitée à l'apport et éventuellement à l'encaissement des cotisations ainsi que - en assurance vie - à la remise des fonds aux assurés ou bénéficiaires. Ils ne peuvent pas gérer les contrats ou régler les sinistres) ; agents généraux et mandataires d'assurance (personne physique non salariée ou personne morale, autre qu'un agent général, agissant au nom et pour le compte des compagnies d'assurance).

Depuis 2012, le nombre d'intermédiaires est sur une pente ascendante, et cette tendance semble se confirmer cette année encore. En effet, dans son rapport d'activité 2019, l'ORIAS (Association dont la mission est de tenir et mettre à jour le registre des intermédiaires d'assurance) recense près de 64 191 intermédiaires au 31 décembre 2019, contre 61 383 au 31 décembre 2018, soit une augmentation de près de 5%.

Le nombre d'agents a connu une légère augmentation (11 406 agents au 31 décembre 2019 contre 11 364 au 31 décembre 2018), ce qui est positif pour la profession, dont les effectifs avaient tendance à décroître ces dernières années. L'évolution la plus significative est celle des mandataires d'intermédiaires, avec près de 8% d'augmentation, malgré une légère perte de vitesse par rapport à l'année dernière (10 % pour 2018). Pour les courtiers d'assurance, les effectifs sont relativement stables.

RÉPARTITION DES PARTS DE MARCHÉ (%) PAR CANAL DE DISTRIBUTION POUR LES SECTEURS VIE ET NON-VIE 2015-2018

■ Réseaux de bancassurance ■ Agents généraux ■ Courtiers ■ Salariés ■ Sociétés sans intermédiaires ■ Autres



Source – Fédération Française de l'Assurance, Rapport annuel 2019

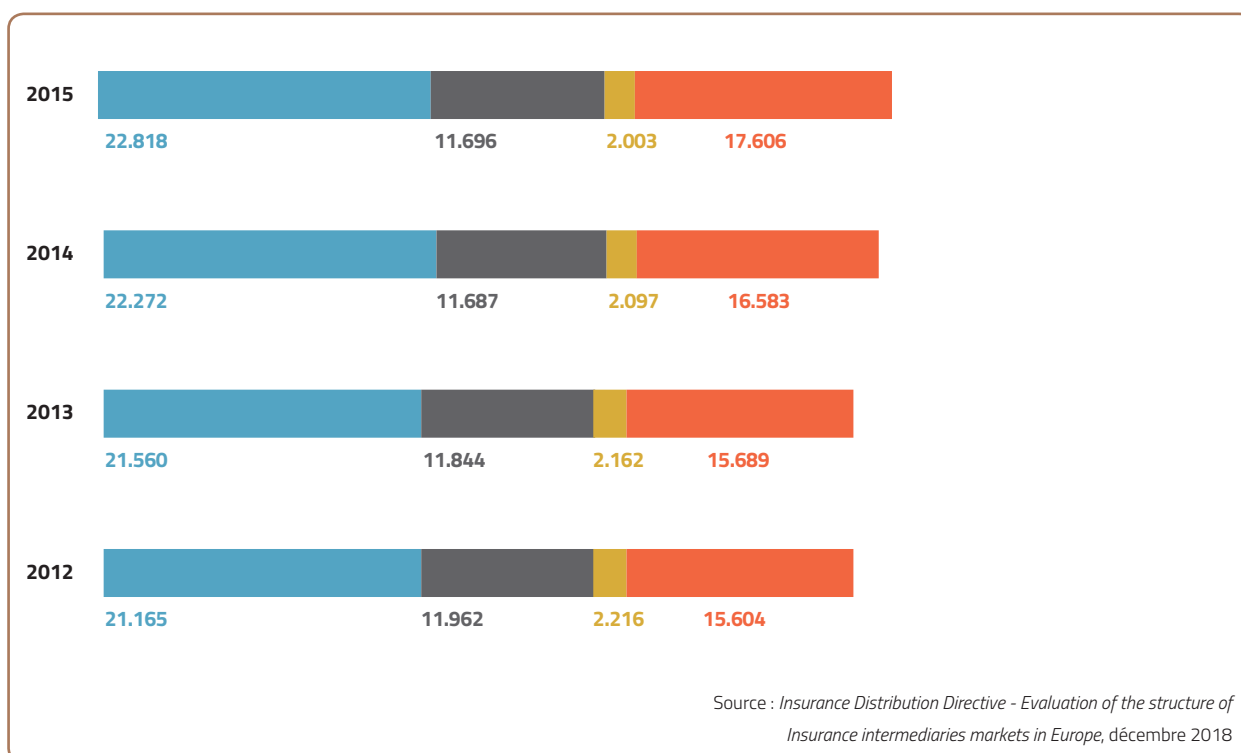
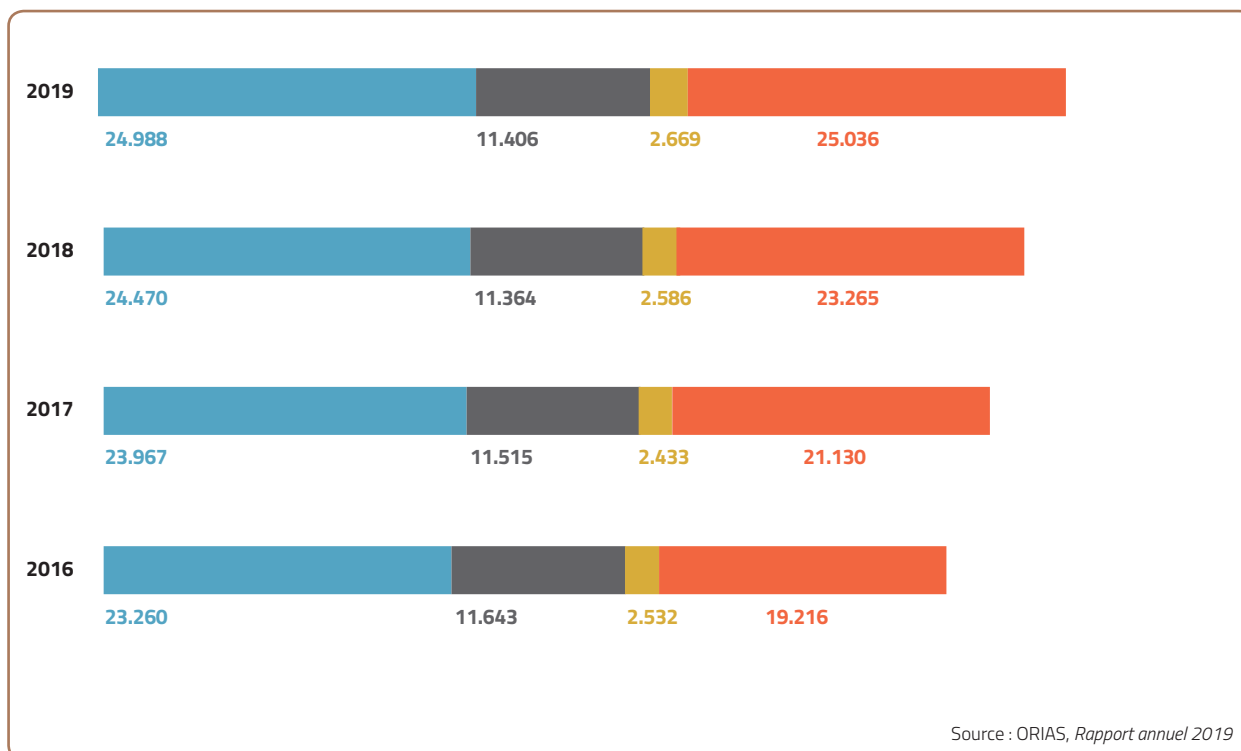
Les chiffres du Rapport Annuel de la Fédération Française de l'Assurance (FFA) ne sont pas disponibles pour l'année 2019. Toutefois, une tendance générale peut être identifiée grâce aux chiffres des années précédentes, qui mettent en relief le rôle prépondérant qu'occupent les intermédiaires d'assurance dans la distribution de produits d'assurance Non-Vie, au détriment des réseaux de bancassurance. Pour ce qui est des produits d'assurance Vie, malgré une large prédominance des opérateurs bancaires, la répartition des parts de marché reste relativement stable dans l'ensemble.

¹ ORIAS, Rapport annuel 2019

INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE IMMATRICULÉS EN FRANCE RÉPARTIS PAR CATÉGORIES

2012-2019

- Mandataires d'intermédiaires
- Mandataires d'assurance
- Agents
- Courtiers



ITALIE

L'Italie est le pays comptant le plus grand nombre de distributeurs de produits d'assurance au sein de l'Espace Economique Européen, ce qui en fait un acteur incontournable du marché européen de l'intermédiation.

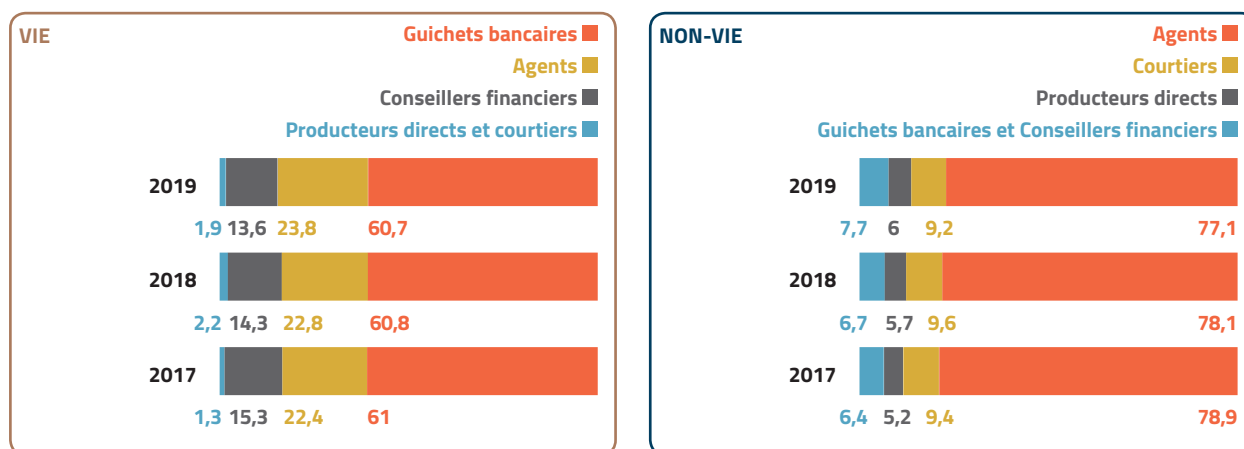
Au 31 décembre 2019, l'Italie comptait près de 239 204 intermédiaires, avec une catégorie ici appelée « autres » largement prédominante, composée du personnel d'intermédiaires d'assurance (agents, courtiers, banques, intermédiaires financiers, etc.), effectuant des actes d'intermédiation en leur nom et pour leur compte, mais en dehors de leurs locaux. Cette catégorie représente une très large proportion du nombre total d'intermédiaires d'assurance en Italie, malgré une certaine baisse entre 2018 et 2019 (197 240 en 2018 contre 195 923 en 2019).

Les effectifs d'agents ont quant à eux enregistré une légère diminution en un an, passant de 27 979 en 2018 à 27 441 en 2019.

Les producteurs directs (intermédiaires spécialisés dans la commercialisation à titre accessoire de produits d'assurance Vie, Accident ou d'assurance Santé : cette activité est exercée au nom et pour le compte des assureurs qui portent la pleine responsabilité de ces transactions) accusent également une réduction de leurs effectifs (3 246 en 2019 contre 3 669 en 2018).

Seuls les effectifs de courtiers semblent avoir connu une certaine progression, passant de 5 710 en 2019 à 5 735 en 2020.

RÉPARTITION DES PARTS DE MARCHÉ (%) PAR CANAL DE DISTRIBUTION POUR LES SECTEURS VIE ET NON-VIE 2017-2019



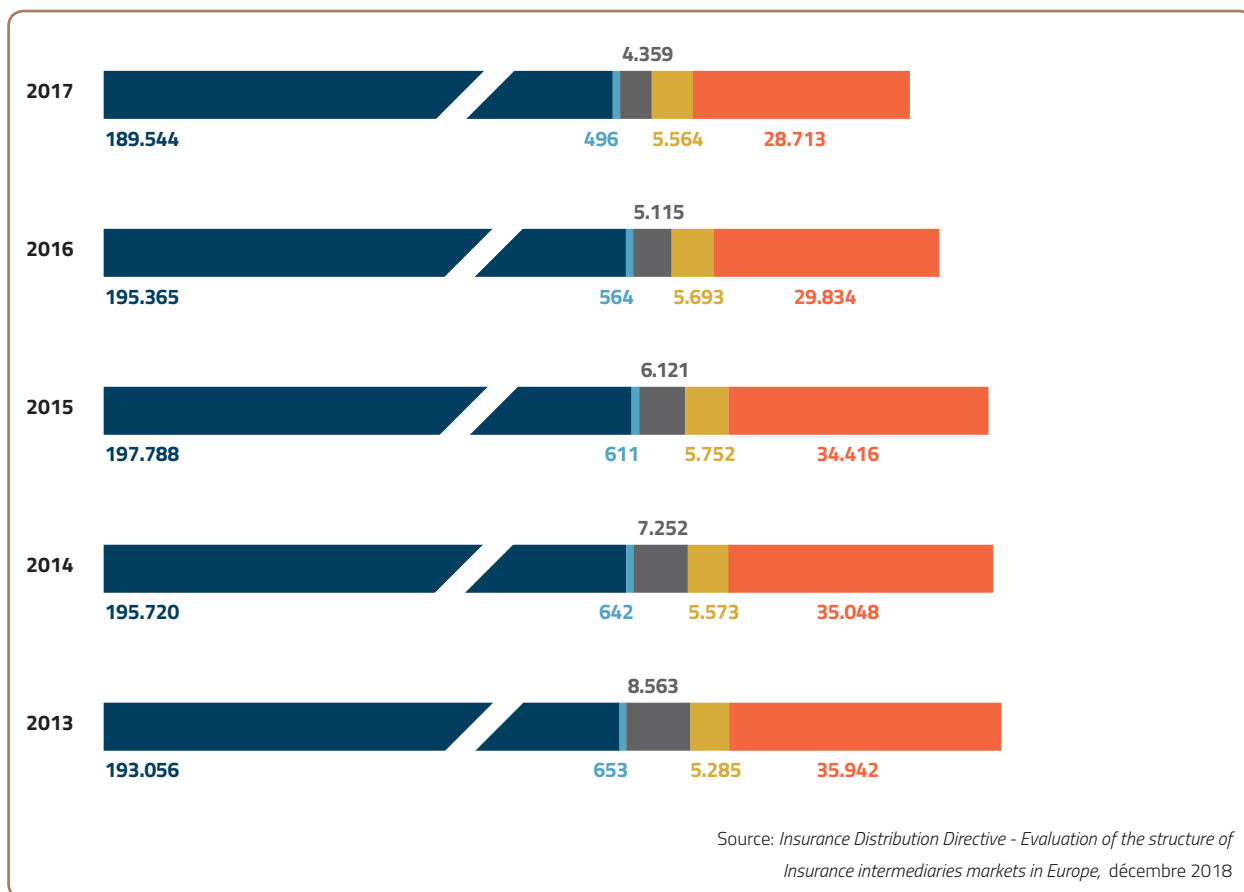
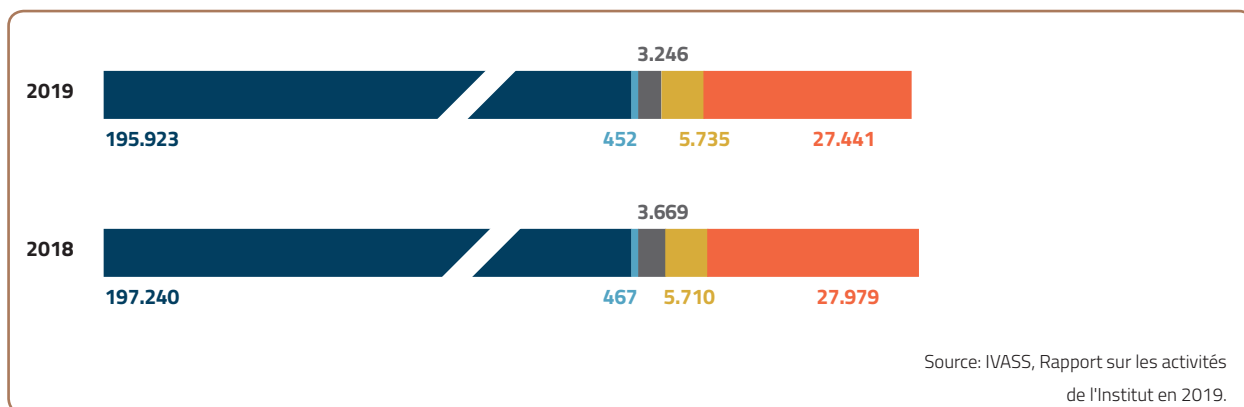
Source : IVASS, Rapport sur les activités de l'Institut en 2019

En Italie, les agents restent le principal canal de distribution de produits d'assurance Non-vie (77,1% en 2019), loin devant les courtiers (9,2%) et les guichets bancaires (7,7%), malgré une légère baisse de leur part de marché depuis 2014. Cette prédominance illustre la réussite des intermédiaires dans la distribution de ce type de produits.

Dans le secteur Vie en revanche, la bancassurance reste le premier vecteur de distribution, malgré un léger recul cette année. Les parts de marché détenues par les agents connaissent quant à elles un certain regain depuis 2015, atteignant des niveaux similaires à ceux de 2009 - quasiment 24% - ce qui souligne la résilience de ce mode de distribution en Italie.

INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE IMMATRICULÉS EN ITALIE RÉPARTIS PAR CATÉGORIES 2013-2019

- Agents
- Courtiers
- Producteurs directs
- Bancassurance
- Autres



ALLEMAGNE

L'Allemagne est le deuxième pays comptant le plus grand nombre d'intermédiaires d'assurance au sein de l'Espace Economique Européen, derrière l'Italie. Malgré cette performance, leurs effectifs accusent une baisse constante depuis quelques temps. Cette diminution s'explique notamment par divers facteurs liés à l'âge, aux exigences réglementaires et aux pratiques d'immatriculation ayant évolué.

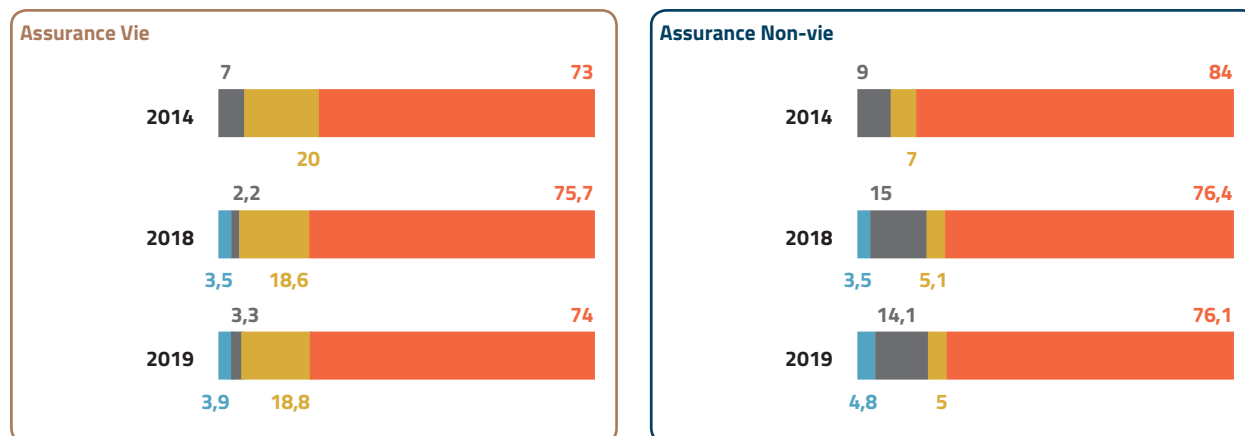
Ainsi, on comptait dans tout le pays 196 914 inscrits au registre de la Deutscher Industrie und Handelskammertag (Chambre de commerce et d'industrie allemande (DIHK)) au 1er juillet 2020, ce qui représente une baisse significative au regard des chiffres de l'année précédente (199 421 au 1er juillet 2019).

La catégorie de distributeurs d'assurance ayant connu la baisse la plus significative parmi ses effectifs est celle des agents d'assurance, dont la population décroît à une vitesse remarquable depuis quelques temps. On dénombrait ainsi 119 392 inscrits au mois de juillet 2019, contre 117 695 au deuxième trimestre 2020.

Dans le secteur du courtage, 46 073 courtiers étaient inscrits au registre des intermédiaires d'assurance au 30 juin 2020 (contre 46 412 en juillet 2019). Il s'agit du quatrième trimestre consécutif permettant de discerner une diminution parmi leurs effectifs, bien qu'elle soit moins marquée que pour les agents.

RÉPARTITION DES PARTS DE MARCHÉ (%) PAR CANAL DE DISTRIBUTION POUR LES SECTEURS VIE ET NON-VIE 2014-2019

■ Intermédiaires ■ Banques ■ Vente directe ■ Autres



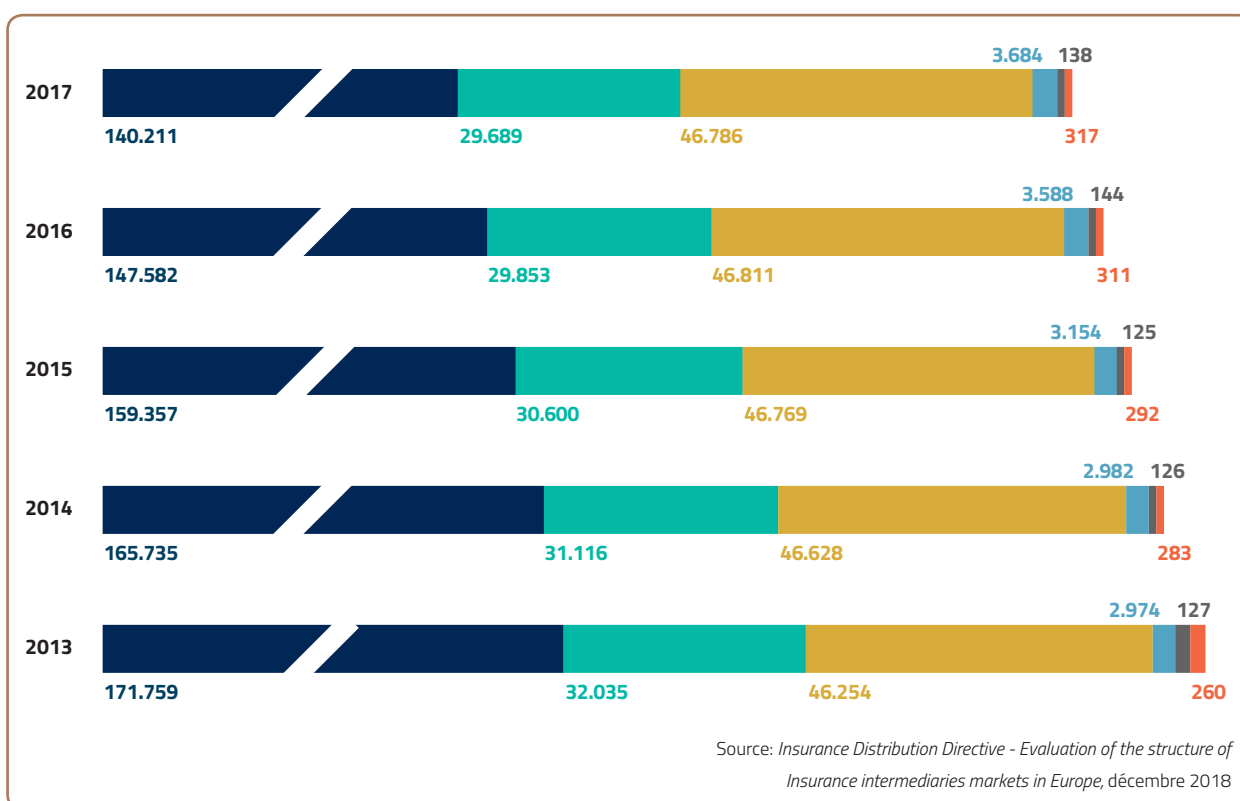
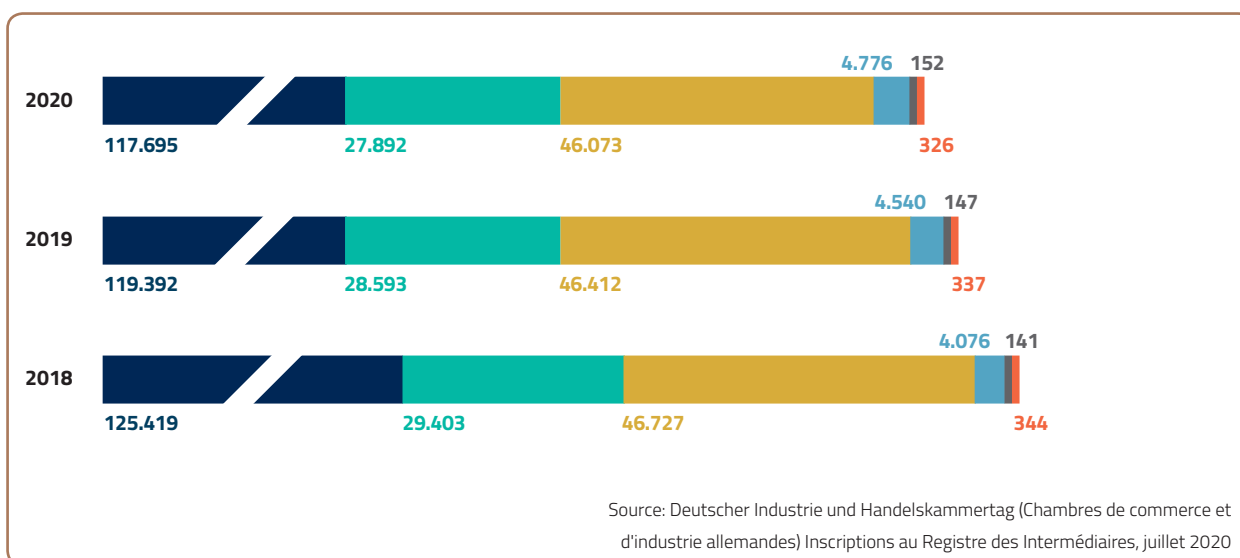
Source : Association de l'industrie allemande du secteur de l'assurance (GDV), Statistiques par canal de distribution, 20 août 2020

Les parts de marché des intermédiaires d'assurance restent relativement stables au fil du temps dans les secteurs Vie et Non-vie, faisant de ces acteurs un canal incontournable dans la distribution de produits d'assurance en Allemagne.

Point notable : la vente directe via internet est un mode de distribution largement présent dans le secteur Non-vie allemand, en particulier pour les produits d'assurance automobile, comme le souligne le rapport publié par l'Association allemande du secteur de l'assurance (GDV). Près d'un cinquième du volume d'affaires en assurance automobile est en effet réalisé par ce biais.

INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE IMMATRICULÉS EN ALLEMAGNE RÉPARTIS PAR CATÉGORIES 2013-2020

- Conseillers en assurance
- Courtiers d'assurance à titre accessoire
- Agents d'assurance à titre accessoire
- Courtiers
- Mandataires d'assurance
- Agents d'assurance





ESPAGNE

L'Espagne est un pays qui interpelle lorsque l'on étudie sa structure de marché : les agents exclusifs représentent l'écrasante majorité des intermédiaires d'assurance, loin devant les courtiers ou encore les bancassureurs. Cette prédominance s'explique en large partie par un facteur historique. Toutefois, le nombre d'agents exclusifs décroît fortement depuis quelques années, et cette chute s'est poursuivie cette année encore, pour atteindre 69 174 inscrits en 2019 contre 71 770 en 2018.

Cette baisse n'a pas affecté le secteur du courtage, où les effectifs ont augmenté de 2,12 % par rapport à l'année précédente, passant de 3 386 à 3 462 inscrits.

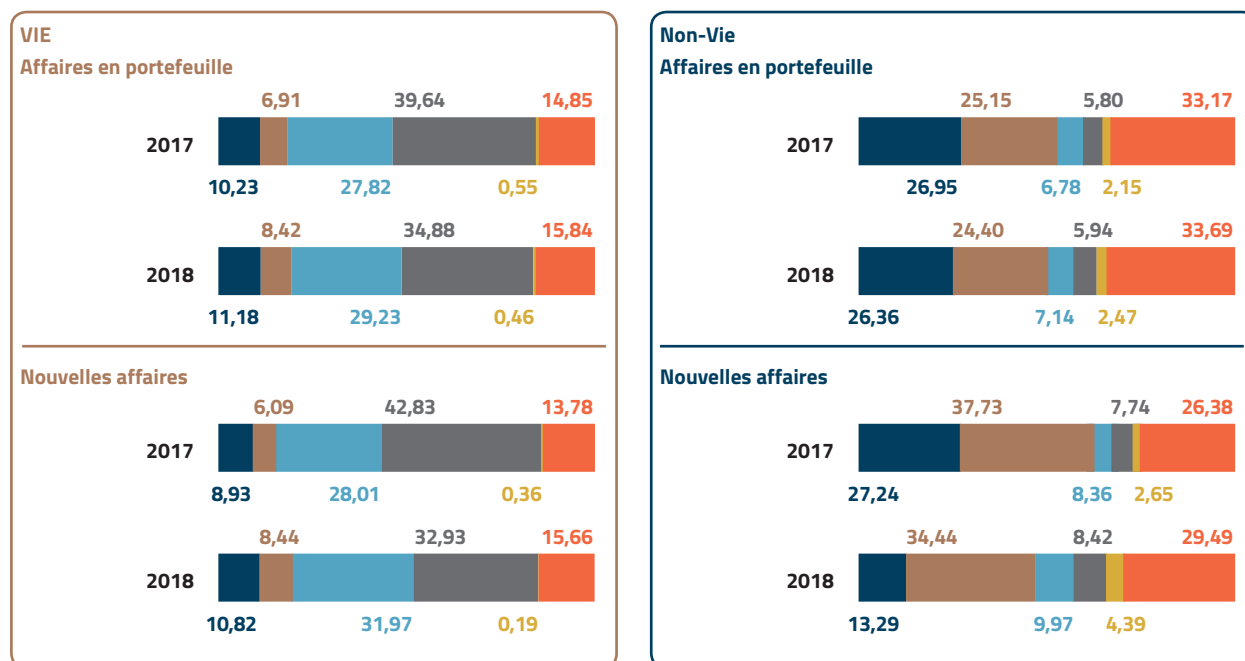
Enfin, le nombre d'agents pluri-mandataires, sur une pente ascendante depuis 2012, semble s'être stabilisé en 2019, avec 237 inscrits.

Remarque :

Les agents se déclinent selon deux catégories : ils peuvent collaborer de manière exclusive avec une (première catégorie : les agents exclusifs) ou plusieurs compagnies d'assurance (seconde catégorie : les agents pluri-mandataires). La même partition existe pour les opérateurs bancaires, pouvant opérer en tant qu'agents exclusifs ou pluri-mandataires.

RÉPARTITION DES PARTS DE MARCHÉ (%) PAR CANAL DE DISTRIBUTION POUR LES SECTEURS VIE ET NON-VIE 2017-2018

■ Agents exclusifs ■ Agents pluri-mandataires ■ Bancassureurs exclusifs
■ Bancassureurs pluri-mandataires ■ Courtiers ■ Autres

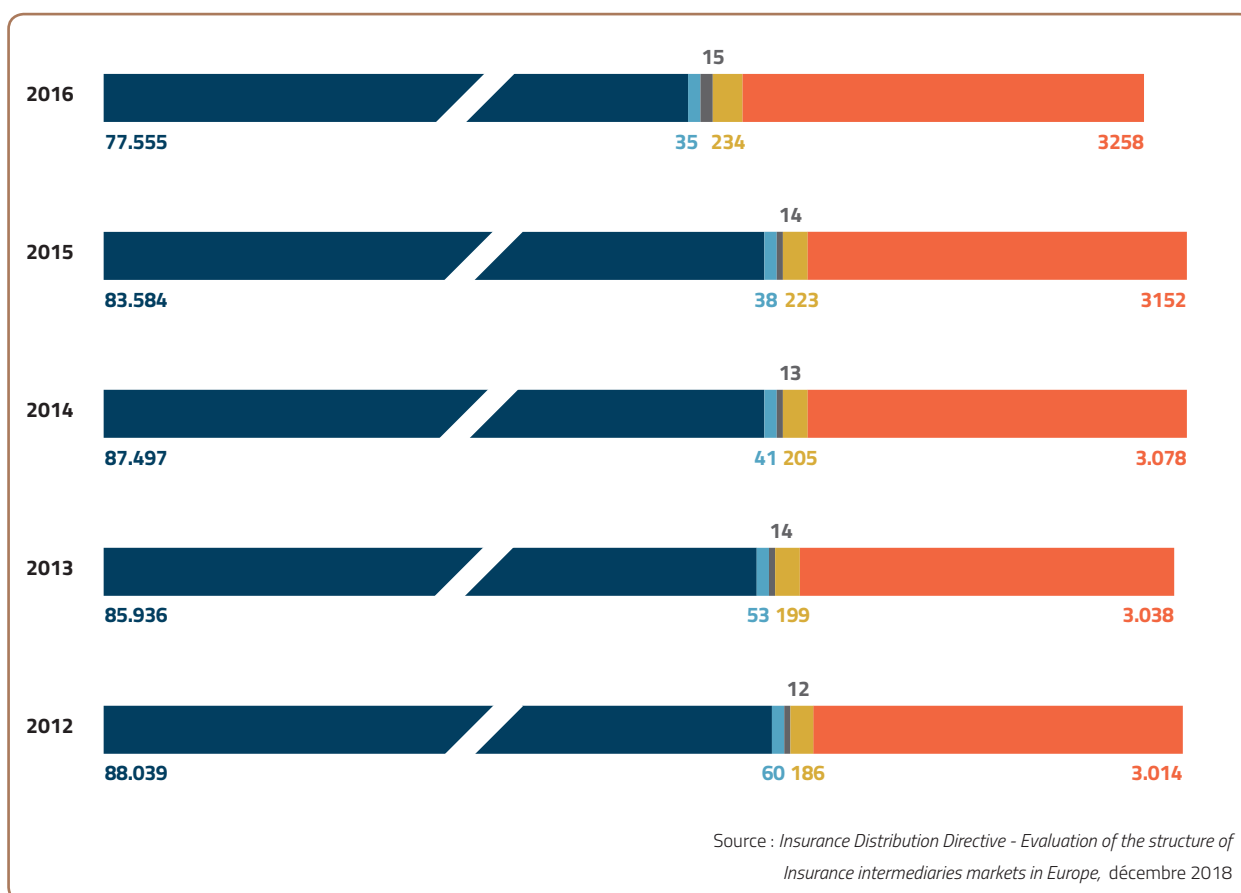
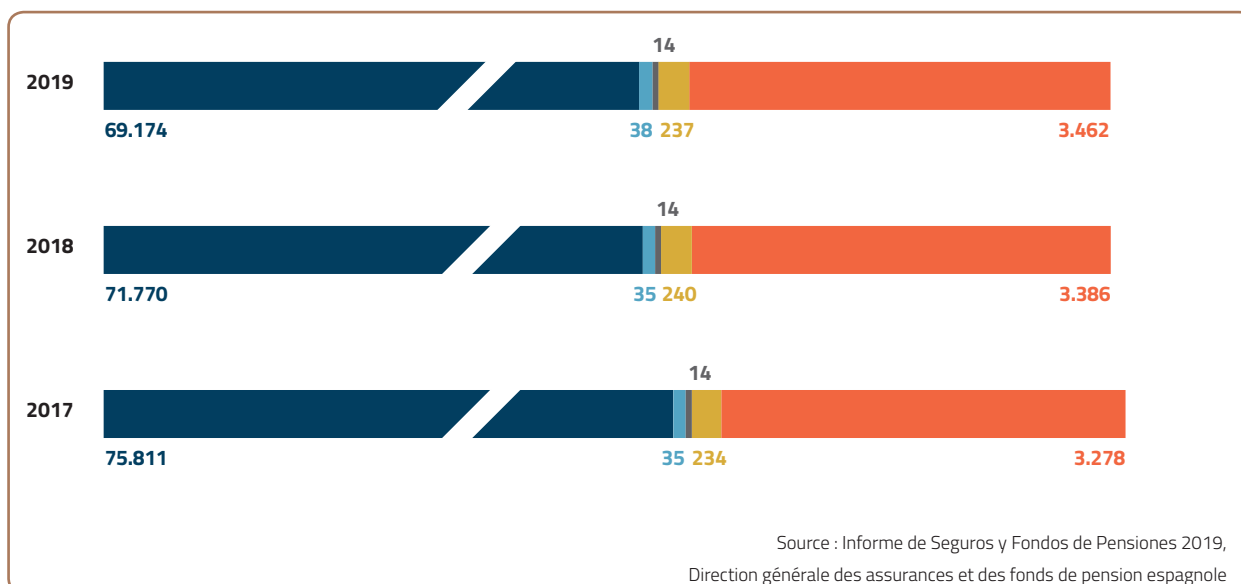


Source : Informe de Seguros y Fondos de Pensiones 2019, Direction générale des assurances et des fonds de pension espagnole

En Espagne, les bancassureurs prédominent largement dans la distribution de produits d'assurance Vie, tandis qu'ils se font devancer de loin par les intermédiaires d'assurance dans le secteur Non-Vie, qui tiennent fermement leur position de leaders.

INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE IMMATRICULÉS EN ESPAGNE RÉPARTIS PAR CATÉGORIES 2012-2019

- Courtiers
- Agents pluri-mandataires
- Bancassureurs (exclusifs)
- Bancassureurs (pluri-mandataires)
- Agents exclusifs



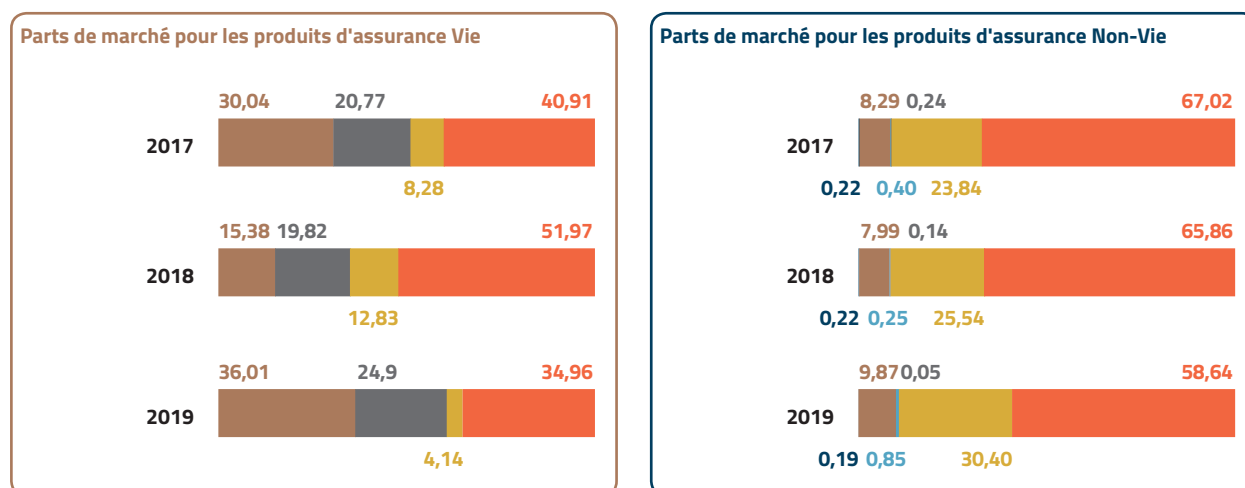
LUXEMBOURG

Depuis 2014, les effectifs d'agents d'assurance n'ont cessé de croître au Luxembourg pour progressivement atteindre 8.947 au 31 décembre 2019. Ce chiffre risque toutefois de diminuer l'an prochain, en raison d'une mise à jour du registre des distributeurs luxembourgeois, d'après le Rapport annuel du Commissariat Aux Assurances (CAA).

L'année 2019 a été relativement stable pour le secteur du courtage, se caractérisant par une tendance positive de l'évolution du nombre d'opérateurs. Celle-ci est notamment due à la sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne, ayant mené plusieurs sociétés de courtage britanniques à relocaliser leur siège social au Luxembourg afin de diriger leurs opérations européennes.

RÉPARTITION DES PARTS DE MARCHÉ (%) PAR CANAL DE DISTRIBUTION POUR LES SECTEURS VIE ET NON-VIE 2017-2019

■ Agents et agences d'assurance (autres que banques) ■ Courtiers et sociétés de courtage (autres que banques)
■ Banques et autres établissements financiers ■ Autres intermédiaires ■ Vente directe ■ Autres formes de distribution



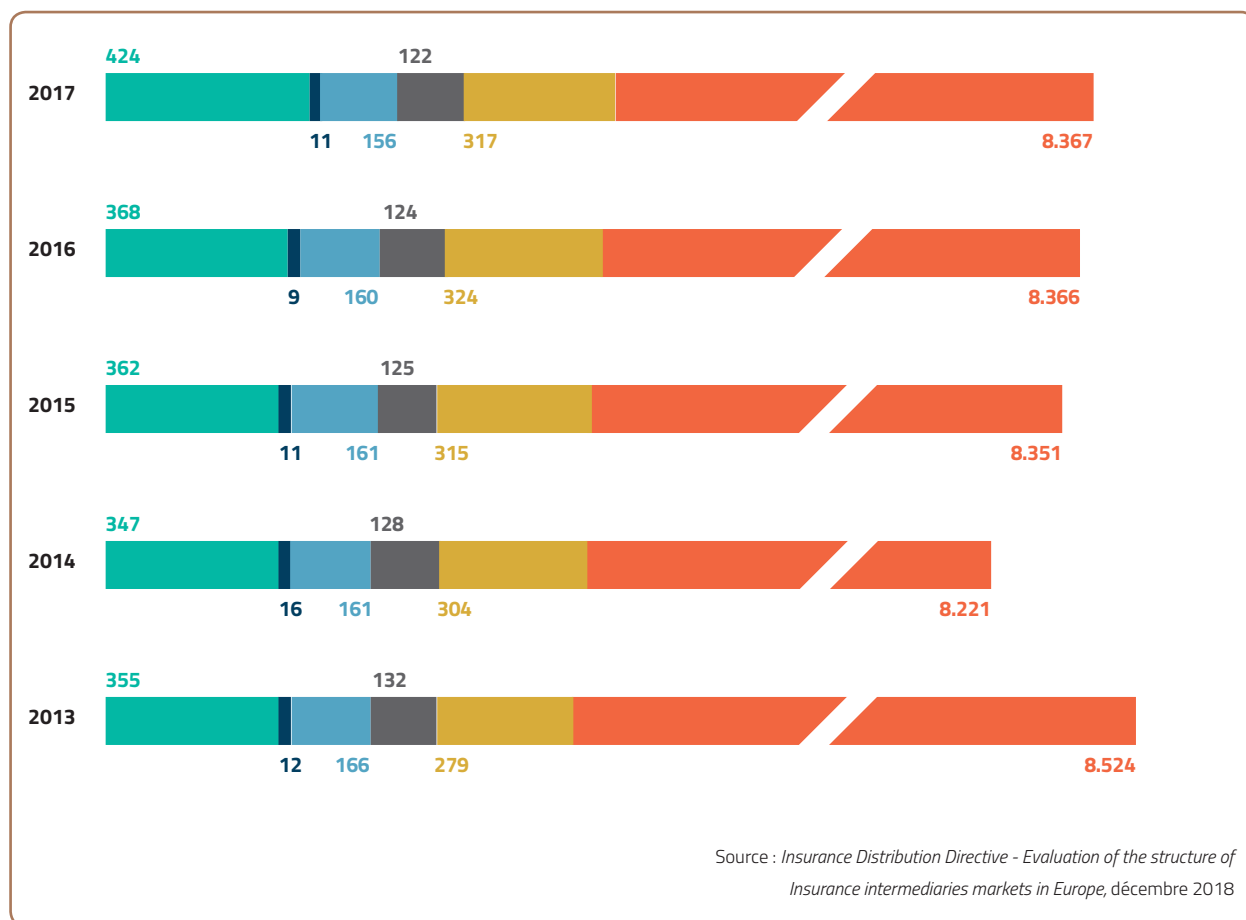
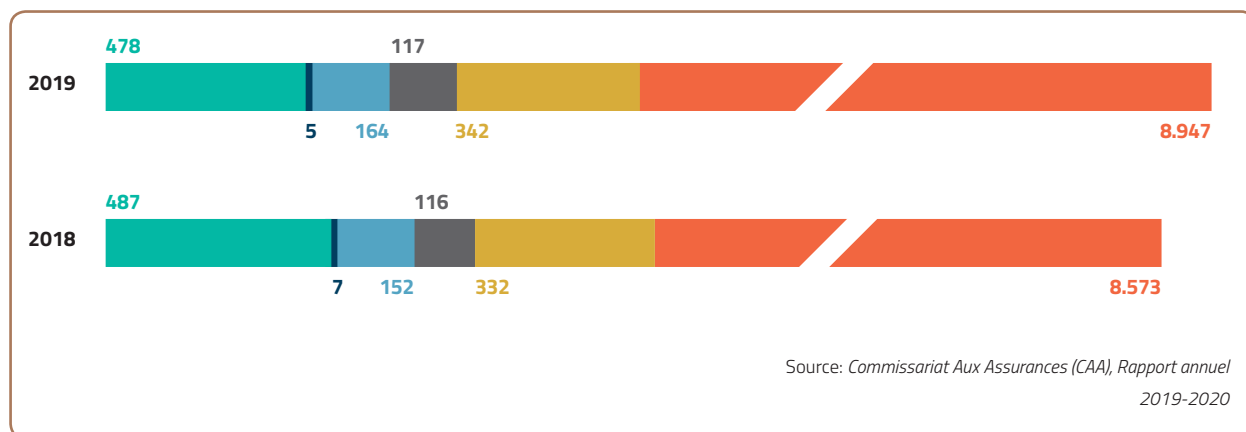
Source : Commissariat Aux Assurances (CAA), Rapport annuel 2019-2020.

En 2019, les parts de marché des agents ont diminué dans le secteur Non-vie (étant passées de 65,86% en 2018 à 58,64% en 2019), tandis que celles des courtiers sont à la hausse (de 25,54% à 30,40%) : les intermédiaires « traditionnels » occupent ainsi la quasi-totalité des parts de marché sur ce segment au Luxembourg. Les bancassureurs sont quant à eux en nette perte vitesse depuis plusieurs années, avec 0,25% des parts de marché en 2016 contre 0,05% en 2019.

Dans le secteur Vie, la tendance s'inverse, puisque les parts de marché des agents et des courtiers sont en baisse, tandis que celles des banques et de la vente directe sont en pleine croissance. Point notable : la vente directe a plus que doublé ses parts de marché en un an, passant de 15,38% en 2018 à 36,01% en 2019, et occupe désormais la première marche du podium de la distribution de produits d'assurance Vie. Ce mode de distribution est toutefois suivi de près par les agents et agences d'assurance, avec 34,96% des parts de marché, ce qui met en relief la position privilégiée dont ils bénéficient au sein du marché luxembourgeois de la distribution de produits d'assurance, s'expliquant par la proximité qu'ils entretiennent avec leur clientèle, et la personnalisation des produits qu'ils rendent possible.

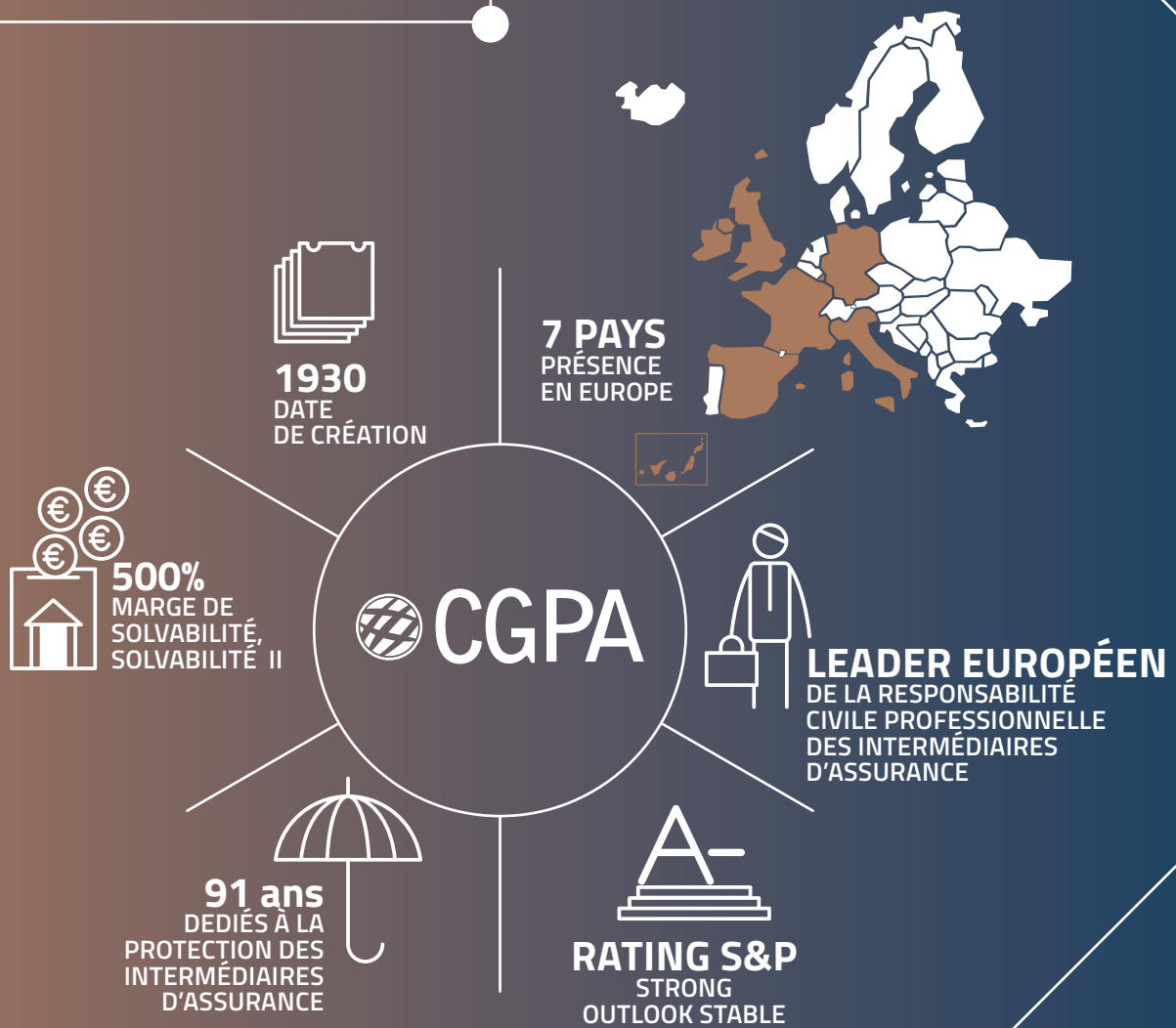
INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE IMMATRICULÉS AU LUXEMBOURG RÉPARTIS PAR CATÉGORIES 2013-2019

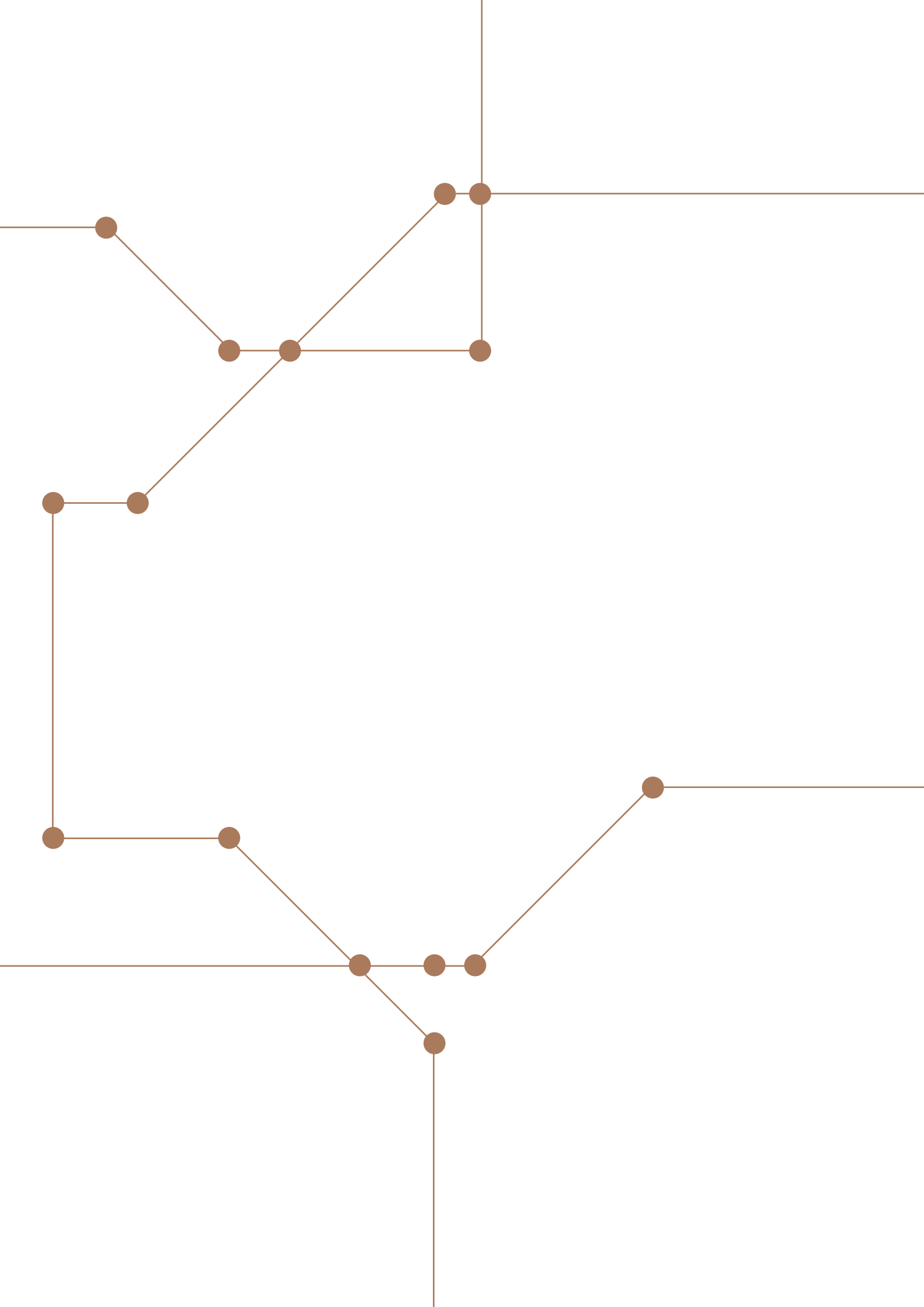
- Agents d'assurance
- Agences d'assurance
- Sociétés de courtage
- Dirigeants (personnes physiques) de sociétés de courtage
- Courtiers personnes physiques
- Sous-courtiers





CGPA EN CHIFFRES







CGPA Europe
41, boulevard Royal
L-2449 Luxembourg

Tel : + 352 28 13 48 28
Fax : +352 28 13 48 99
www.cgpa-europe.com