



Guide d'aide au remplissage du Questionnaire sur les pratiques commerciales et la protection de la clientèle – Assurance

A. Présentation.....	2
B. Périmètre	3
C. Modalités de déclaration	4
D. Définitions.....	5
1. Éléments communs à l'ensemble des questionnaires.....	5
2. Éléments spécifiques aux questionnaires thématiques.....	11
2.1 Le questionnaire « Assurance – Socle commun »	11
2.2 Le questionnaire « Assurance vie »	15
2.3 Le questionnaire « Assurance santé-prévoyance »	17
2.4 Le questionnaire « Assurance de dommages »	19

A. Présentation

Le Questionnaire sur les pratiques commerciales et la protection de la clientèle permet à l'ACPR de disposer d'une vue d'ensemble de la structure et des acteurs du marché, ainsi que des tendances en matière de produits, de services et de pratiques commerciales. Ceci est nécessaire à l'exercice de la mission de protection de la clientèle que lui a confiée le législateur.

Par suite et sans préjudice de l'utilisation qu'elle pourra faire des informations collectées pour cibler ses actions de contrôle, l'ACPR ne formulera pas d'observations sur la base des seules réponses aux questionnaires, dès lors que celles-ci sont claires, cohérentes et sincères.

Il est rappelé que les données individuelles recueillies par l'ACPR via les questionnaires sont naturellement couvertes par le secret professionnel et n'ont pas vocation à être divulguées à des tiers.

En explicitant/définissant les notions présentes dans les questionnaires, le présent guide tend à faciliter la tâche des déclarants lors du remplissage et à éviter les divergences d'interprétation entre les professionnels permettant ainsi à l'Autorité de recueillir des données homogènes.

Remarque générale :

Sauf lorsque les cases sont insaisissables (cases grisées), notamment parce qu'elles font l'objet d'une alimentation automatique à partir des états prudentiels (qui n'est pas visible par le déclarant), l'ensemble des champs, à l'exception des « commentaires » qui restent facultatifs, doit être complété. Si nécessaire, et sauf indication contraire, une case pourra être remplie par « NEANT » ou « 0 » selon que le champ de saisie est alphanumérique ou numérique.

Attention : les montants en euros sont à saisir en millier (K€) et à arrondir à l'unité (à l'instar des états SURFI).

B. Périmètre

Le questionnaire sur les pratiques commerciales et la protection de la clientèle est composé de 4 questionnaires distincts. Le premier, dénommé « Assurance – Socle commun », est rempli par l'ensemble des organismes assujettis.

Les suivants sont des questionnaires thématiques portant sur l'« Assurance vie », l'« Assurance Santé-Prévoyance » et l'« Assurance de dommages », qui doivent être remplis par les organismes caractérisant une part représentative du marché dans le thème correspondant. En application de l'article 4 de l'Instruction 2019-I-23, la part représentative correspond, selon les cas, à 80 % des primes ou des provisions mathématiques ou du nombre d'assurés (les critères pouvant se cumuler s'il y a lieu).

Seuls les questionnaires auxquels sont assujettis les organismes seront accessibles dans l'interface OneGate.

Dès lors qu'un groupe comprend un organisme représentatif soumis à un questionnaire thématique, tout organisme de ce groupe qui exerce l'activité concernée par ce questionnaire thématique est également tenu de le compléter.

Le périmètre des données à recenser s'étend, pour chacun des questionnaires, aux activités exercées par l'organisme en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion), ainsi que dans les Collectivités d'outre-mer (Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna).

C. Modalités de déclaration

Les questionnaires doivent obligatoirement être complétés et validés sur l'interface OneGate. La remise par un autre biais n'est pas acceptée.

La procédure d'inscription au portail OneGate est détaillée sur le site de l'ACPR, dans la rubrique relative au Questionnaire. L'inscription doit être faite par déclarant et non par organisme assujetti, de sorte qu'il y aura autant d'inscriptions que de personnes chargées de la remise des questionnaires au sein dudit organisme (il peut y avoir un déclarant pour plusieurs assujettis ou plusieurs déclarants pour un même assujetti). Une fois la demande d'inscription effectuée et validée, la personne inscrite est en mesure de compléter les questionnaires à compter de la date d'ouverture de la collecte (communiquée sur le site de l'ACPR).

Pour toute question relative à l'interface OneGate, un service d'assistance est disponible à l'adresse mail suivante : onegate-support@banque-france.fr. Merci de préciser que votre demande concerne le Questionnaire sur les pratiques commerciales et la protection de la clientèle.

Pour toute question de fond à laquelle le guide n'apporterait pas de réponse, un courriel peut être envoyé à l'adresse suivante : gpc-dcpc@acpr.banque-france.fr.

D. Définitions

1. Éléments communs à l'ensemble des questionnaires

Données d'identification (I) – Questionnaires socle et thématiques

- « Organisme » : organisme déclarant, à savoir l'un des « organismes assujettis » tels que définis à l'article 1^{er} de l'instruction 2019-I-23.
- « Groupe d'appartenance » : doit être entendu au sens des articles L. 322-1-2, L. 322-1-3 et L. 356-1 du Code des assurances ; L. 111-4-2 et L. 212-7-1 du Code de la mutualité ou L. 931-2-2 du Code de la sécurité sociale.
- « Forme juridique » : cette notion fait référence à la catégorie juridique de niveau I définie par l'INSEE dans sa nomenclature des catégories juridiques.
- « Dirigeant effectif » : personne assurant la direction effective de l'organisme d'assurance au sens des articles L. 322-3-2 du Code des assurances ; L. 211-13 du Code de la mutualité ou L. 931-7-1 du Code de la sécurité sociale.

Données d'activité (II) – Questionnaires thématiques

Les différents questionnaires thématiques comprennent des renvois vers les états réglementaires FR.13 et FR.14 (cf. Instruction n° 2016-I-16, modifiée par l'instruction n° 2019-I-04, s'agissant des organismes relevant du régime dit « Solvabilité II »).

Tableau « Données générales » (II.1)

Les données à renseigner dans ce tableau ne concernent que les contrats ou garanties dont le risque est porté par l'organisme d'assurance. Il s'agit d'affaires directes.

- « Nombre de contrats / adhésions en portefeuille » :
 - o Dès lors que l'intitulé de la ligne porte sur un contrat (par exemple, « Automobile », « Multirisques habitation », « Protection juridique », « Contrats collectifs en euros ou devises », « PERP, y compris branche 26 »...), il convient de renseigner le nombre de :
 - souscripteurs de contrats individuels et d'adhérents à des contrats collectifs lorsque l'organisme relève du Code des assurances ;

- membres participants lorsque l'organisme relève du Code de la mutualité ou du Code de la sécurité sociale.
- Dès lors que l'intitulé de la ligne porte sur une garantie (par exemple « Responsabilité civile automobile », « Dommages automobile », « dont garanties obsèques à titre accessoire »), il convient de renseigner :
 - lorsque l'organisme relève du Code des assurances, le nombre de souscripteurs de contrats individuels et d'adhérents à des contrats collectifs qui bénéficient de ladite garantie ;
 - lorsque l'organisme relève du Code de la mutualité ou du Code de la sécurité sociale, le nombre de membres participants qui bénéficient de ladite garantie.

Exemple : si 100 contrats Automobile ont été souscrits et que seuls 60 souscripteurs disposent d'une couverture au titre de la garantie Dommages automobile, il conviendra de saisir les données de la manière suivante :

II.1 Données générales

Type d'activités réalisées / produits proposés (affaires directes)	Nombre de contrats / adhésions en portefeuille
Automobile	100
Responsabilité civile automobile (cat. 22)	100
Dommages automobile (cat. 23)	60

- « Assurés » : ne vise pas les ayants droit.
- « Personnes couvertes » : vise les « Assurés » ainsi que leurs ayants droit (n'inclut pas les bénéficiaires de contrats d'assurance vie).
- « Primes nettes » : « primes émises nettes d'annulation » (cf. instruction précitée), à savoir le « Sous-total des primes nettes » des états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03.
- « Charge des prestations » : vise la somme des prestations payées (quelles qu'en soient les modalités de règlement) et de la variation des provisions afférentes aux garanties concernées pour l'année comptable considérée.

Tableau « Chargements commerciaux et frais réels » (II.3)

- « Revenus bruts perçus (en milliers d'euros) » : vise les revenus perçus avant rétrocession de commissions et sans déduction du coût lié à un éventuel recours à des prestataires intra et hors groupe (groupe d'assurance d'appartenance ou groupe bancaire d'appartenance dans les schémas de bancassurance).
 - « Chargements d'acquisition » : renvoie aux « frais à l'entrée et sur versements » mentionnés et définis aux articles A. 132-8 du Code des assurances, A. 223-6 du Code de la mutualité et A. 932-3-10 du Code de la sécurité sociale.
 - « Chargements de gestion » : renvoie aux « frais en cours de vie du contrat » mentionnés et définis aux articles A. 132-8 du Code des assurances, A. 223-6 du Code de la mutualité et A. 932-3-10 du Code de la sécurité sociale.
 - « Autres chargements » : renvoie aux « frais de sortie » et aux « autres frais » mentionnés et définis aux articles A. 132-8 du Code des assurances, A. 223-6 du Code de la mutualité et A. 932-3-10 du Code de la sécurité sociale.
- « Frais » :
 - « Frais d'acquisition » : renvoie aux frais d'acquisition tels que définis à l'article 336-1 du Règlement n° 2015-11 du 26 novembre 2015 relatif aux comptes annuels des entreprises d'assurance.
 - « Frais de gestion » : renvoie aux frais d'administration tels que définis à l'article 336-1 du Règlement n° 2015-11 du 26 novembre 2015 relatif aux comptes annuels des entreprises d'assurance.

Dispositif de commercialisation (III) – Questionnaires thématiques

- « Nombre de nouveaux contrats par canal de distribution » : il convient de renseigner les ventes réalisées dans l'année sous revue quel que soit le canal de distribution et l'année de lancement du produit.
Point d'attention : le nombre de ventes est à renseigner par contrat ou par garantie selon le libellé de la ligne (cf. explications supra concernant le Tableau « Données générales »).
Pour les ventes « multicanal », seul le canal par lequel la vente a été conclue doit être pris en compte.
- « Distributeurs tiers » et « Commercialisation pour le compte de tiers » : la notion de tiers s'entend intra groupe et hors groupe. Le groupe s'entend au sens large et désigne aussi bien le groupe

d'assurance d'appartenance de l'entité déclarante que le groupe bancaire d'appartenance dans les schémas de bancassurance.

Ex : une banque commercialisant pour le compte d'un assureur doit être considérée comme un tiers bien que ces deux entités fassent parties du même groupe. Un organisme d'assurance commercialisant pour un assureur du groupe est également considéré comme un tiers.

- « Démarchage physique » : cette notion s'entend au sens des articles L. 112-9 du Code des assurances, L. 221-18-1 du Code de la mutualité et L. 932-15-2 du Code de la sécurité sociale mais peut concerner aussi bien des personnes morales que physiques, qu'elles agissent ou non à des fins commerciales ou professionnelles.
- « Nombre de contrats / adhésions commercialisé(e)s pour compte de tiers » : est à renseigner par contrat / adhésion ou par garantie selon le libellé de la ligne.
- « Stock de contrats souscrits pour le compte de tiers » : il doit être tenu compte des adhésions à des contrats collectifs et non des seules souscriptions individuelles. Cette donnée est à renseigner par contrat / adhésion ou par garantie selon le libellé de la ligne.
- « Dénomination des tiers pour le compte desquels les produits sont commercialisés » : indiquer, en les espaçant par un « / », les numéros SIREN des deux principaux tiers en nombre de contrats/garanties commercialisées (et non en montant de primes collectées) au cours de l'année sous revue.

Pratiques commerciales et moyens dédiés (IV) – Questionnaires thématiques

Tableau « Budget publicitaire » (IV.1)

- « Montant total du budget publicitaire » : total des sommes engagées par l'organisme déclarant ou qui lui sont refacturées pour promouvoir son image, sa notoriété, ou la vente de ses produits qu'il soit ou non porteur de risques, sur tous les supports de communication utilisés au cours de l'année sous revue. Sont ici visées les sommes investies dans les campagnes publicitaires (achats média et opérations de mailings, e-mailings et SMS) hors honoraires des agences de publicité, des agences média/média digitales et des autres prestataires de service.

Tableau « Budget publicitaire par produit » (IV.2)

- « Montant du budget publicitaire (en milliers d'euros) » : budget publicitaire consacré à la promotion des produits de l'organisme ou des produits qu'il commercialise, en d'autres termes, peu importe que l'organisme déclarant soit ou non porteur de risques.

- Il s'agit des sommes engagées par l'organisme déclarant ou qui lui sont refacturées par une entité du groupe pour les publicités portant sur des produits ou leurs caractéristiques. Sont ici visées les sommes investies dans les campagnes publicitaires (achats média et opérations de mailings, e-mailings et SMS) hors honoraires des agences de publicité, des agences média/média digitales et des autres prestataires de service.
- Les publicités permettant uniquement de promouvoir l'image ou la notoriété de l'organisme, sans promouvoir de produit(s) spécifique(s), ne sont pas visées.
- Lorsque l'organisme déclarant engage des dépenses publicitaires au bénéfice de produits commercialisés par plusieurs entités sans les leur refacturer, il doit alors déclarer l'intégralité des sommes ainsi engagées.

Tableau « Nouveaux produits » / « Modifications substantielles de produits existants » (IV.3)

- « Nouveaux produits » : vise les contrats mis pour la première fois sur le marché, qui n'existaient pas ou existaient sous une forme différente. Il peut par exemple s'agir de la refonte en un seul contrat de deux contrats déjà existants ou d'un contrat totalement nouveau. Il ne s'agit en revanche pas de l'adjonction d'une garantie dans un contrat existant ni de l'adjonction d'un nouveau support d'UC dans un contrat.
- « Modification substantielle » : il s'agit des adaptations significatives apportées à un produit d'assurance existant (article L. 516-1 du Code des assurances). Cette notion recouvre notamment, sans que cette liste soit exhaustive, des évolutions notables concernant une ou plusieurs caractéristiques essentielles ou principales d'un produit déjà commercialisé, de son mode de distribution, de la clientèle cible. Ces évolutions peuvent, le cas échéant, résulter d'une mise en conformité avec des dispositions légales ou réglementaires.
- « Clientèle cible » : pour chaque création d'un nouveau produit ou toute modification substantielle d'un produit existant, il convient de décrire le groupe de clients ciblé par le producteur. La clientèle cible s'entend au sens du Règlement n° 2017-2358 du 21 septembre 2017 relatif aux exigences de surveillance et de gouvernance des produits applicables aux entreprises d'assurance et aux distributeurs de produits d'assurance. La cible peut être plus ou moins spécifique (ex : étudiants, TNS...).
- « Pourcentage de la clientèle cible / clientèle totale » : la clientèle totale correspond à l'ensemble de la clientèle de l'assujetti (nombre de souscripteurs individuels et d'adhérents à des contrats collectifs).
- « Revenus attendus (en milliers d'euros) » : chiffre d'affaires annuel récurrent prévisionnel, une fois passée la phase de lancement du produit.

Tableau « Rémunération des personnels salariés chargés de la commercialisation des produits » (IV.4)

- « Personnels salariés chargés de la commercialisation des produits » : personnes chargées de la distribution au sens de l'article L. 511-1 du Code des assurances, à savoir : personne dûment habilitée pour présenter, proposer ou aider à la conclusion d'une opération d'assurance.
 - o « Objectifs de commercialisation (annuels ou ponctuels) » : intègre notamment les challenges commerciaux.
 - o « Avantages non monétaires » : avantages de toute nature perçus par les personnels salariés au cours de l'année N.

2. Éléments spécifiques aux différents questionnaires

Les catégories mentionnées (« cat. X ») sous les différentes notions présentes dans les questionnaires renvoient aux catégories énumérées à l'article A. 344-2 du Code des assurances.

Merci de vous référer à la partie D.1 ci-dessus pour toute interrogation concernant les Éléments communs à l'ensemble des questionnaires.

2.1 Le questionnaire « Assurance – Socle commun »

Dispositif de commercialisation (III)

- « Points de vente » : s'entend des lieux où les clients sont accueillis physiquement par le personnel salarié de l'organisme.
- « Vente à distance » : vise tout contrat conclu avec une personne physique ou morale, dans le cadre d'un système organisé de vente ou de prestation de services à distance, sans la présence physique simultanée du professionnel et du prospect, par le recours exclusif à une ou plusieurs techniques de communication à distance jusqu'à la conclusion du contrat. Cette notion est donc plus large que celle retenue par le code de la consommation.
- « Unités dédiées à la vente à distance » : toute unité dont l'intégralité de l'activité de commercialisation est dédiée à l'activité de VAD (ex : plateformes).
- « Rémunérations versées et autres avantages octroyés » et « Rémunération versée à des distributeurs tiers / délégataires » : correspond aux sommes versées à des tiers par l'organisme déclarant pour des activités de commercialisation ou de gestion. Lorsque l'organisme d'assurance verse à un distributeur tiers une avance sur commission, l'intégralité de la somme versée doit être déclarée l'année du paiement.
- « Identifier les 5 distributeurs tiers ayant réalisé le plus de ventes par ordre décroissant » : le classement entre distributeurs s'opère en nombre de contrats commercialisés (et non en montant de primes récoltées). Les noms des « Principaux Produits » doivent être séparés par un « - ».

Données réclamations (IV)

Tableau « Répartition des réclamations » (IV.1)

Périmètre : doivent être déclarées les réclamations traitées, au cours de l'année de référence, par l'organisme (service dédié ou autre service) ou par un tiers à qui a été délégué ce traitement.

- « Réclamation » : s'entend au sens de la recommandation de l'ACPR 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, modifiée le 6 décembre 2019.
- La volumétrie indiquée comprend également les réclamations portant sur la commercialisation des produits par un partenaire de l'organisme dès lors qu'elles ont été traitées (au cours de l'année sous revue – cf. infra) par l'organisme ou par un tiers ayant reçu délégation à cet effet.
- Lorsqu'une réclamation concerne plusieurs produits ou plusieurs objets, elle est comptabilisée pour chacun d'eux dans les rubriques correspondantes.

❖ Catégories d'assurance

Cette partie constitue une aide à la classification des réclamations par catégories et produits d'assurance.

- **Assurance vie :**
 - « Obsèques » : toute garantie principale d'un contrat ayant pour objet le financement des obsèques (qu'il s'agisse de contrats de financement simple ou de contrats associés à des contrats de prestations funéraires) mais également toute garantie obsèques à titre accessoire.
 - « Retraite » : tout contrat lié à la cessation d'une activité professionnelle quel que soit son régime juridique.
- **Assurance de personnes (hors vie) :**
 - « GAV/Accident » : tout contrat couvrant exclusivement le risque accident qu'il soit ou non labellisé.
 - « Dépendance » : toute garantie couvrant le risque de dépendance à titre principal ou accessoire.
 - « Autres contrats de prévoyance » : tout contrat ne faisant pas l'objet d'une rubrique spécifique et qui garantit l'assuré contre les risques d'incapacité, d'invalidité ou de perte totale et irréversible d'autonomie, y compris s'ils incluent une garantie en cas de décès (contrats mixtes) ou qu'ils couvrent uniquement le risque d'hospitalisation (ex : garantie indemnités journalières en cas d'hospitalisation).
 - « Santé » : tout contrat ayant pour objet le remboursement de frais de soins (maladie – maternité).

- **Assurance de dommages :**

- « Multirisques Habitation » : tout contrat « MRH » en ce compris les contrats dits « immeuble ou copropriété ».
- « Protection juridique »: toute garantie « PJ » qu'il s'agisse d'une garantie principale ou accessoire d'un contrat.
- « Risques professionnels » : sont notamment concernés les garanties RC entreprise, dommages aux biens ou aux employés à l'exception de l'assurance construction.
- « Construction » : sont notamment visées les garanties responsabilité civile décennale, dommages-ouvrage, tous risques chantier.
- « Autres » : rubrique par défaut qui permet de déclarer les réclamations qui ne peuvent être rattachées à aucune des autres catégories (assurance scolaire, animaux, assistance, etc.).

❖ **Répartition des réclamations par objet (en nombre)**

- « Souscription/adhésion » : toutes réclamations relatives à la phase de commercialisation et de conclusion du contrat quelle que soit la méthode de vente utilisée (face à face, démarchage, vente à distance, intermédiation), à l'exception de celles liées à la tarification du contrat. Il peut notamment s'agir de l'expression d'un mécontentement portant sur :
 - la technique de vente ;
 - le discours commercial ;
 - l'obligation d'information ;
 - le devoir de conseil ;
 - les conditions de validité de l'engagement contractuel, notamment le recueil et la qualité du consentement ;
 - la sélection médicale, lorsque celle-ci conduit l'organisme à proposer des exclusions ou limitations de garanties (et non une surprime).
- « Tarification » : toutes réclamations relatives au montant de la prime/cotisation et aux frais appliqués quels que soient les motifs et le moment du prélèvement (souscription/adhésion, gestion, indemnisation/prestations et résiliation). Il peut notamment s'agir de l'expression d'un mécontentement portant sur :
 - en assurance vie, les frais sur versement, de gestion sur encours ou de rachat...

- o en assurance non vie, les conditions de revalorisation ou de révision tarifaire (augmentation ou absence de baisse en cas de diminution du risque), les surprimes, les frais d'adhésion (par exemple : association souscriptrice) ou de résiliation...
- « Gestion du contrat » : il peut notamment s'agir de mécontentements liés à des modifications contractuelles (à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur), à la gestion administrative du contrat (modification de clause bénéficiaire, arbitrage, transfert, délivrance de documents en cours de contrat – relevé annuel de situation, renouvellement de la carte de tiers payant...), ou encore au traitement des réclamations.
- « Indemnisation/prestations »: toutes réclamations relatives au délai, au refus total ou partiel, au montant et à la cessation de l'indemnisation ou du versement des prestations. Il peut notamment s'agir, en assurance vie, des réclamations liées au versement (i) des capitaux au terme en cas de vie ou (ii) des capitaux décès, aux contrats d'assurance vie non réglés et aux rachats partiels ou totaux.
- « Résiliation/renonciation » : toutes réclamations relatives à une demande de résiliation (y compris d'un contrat d'assurance emprunteur dans le cadre d'un dispositif de déliaison ou de substitution) ou de renonciation de l'assuré, à une résiliation par l'assureur ou le souscripteur (contrat collectif).
- « Autres » : rubrique par défaut. Il s'agit des réclamations qui ne peuvent être rattachées à aucun des objets susmentionnés. À ce titre, leur nombre doit donc rester limité.

Tableau « Répartition par type de clientèle » (IV.2)

La clientèle de professionnels regroupe les personnes morales (sociétés commerciales, sociétés civiles, associations, ...) ainsi que les personnes physiques agissant à des fins qui entrent dans le cadre de leur activité commerciale ou professionnelle (ex : TNS).

La distinction entre les réclamations émanant des particuliers et des professionnels n'est faite que dans ce tableau (IV.2). Les autres tableaux (IV.1 et IV.3) ne font pas cette distinction, les données sont à renseigner tous types de clientèle confondus, particuliers et professionnels.

- « Réponses apportées aux réclamations de la clientèle / Positives » : réclamations pour lesquelles il a été fait droit en totalité, ou partiellement mais à titre principal, aux demandes du client ou prospect.
- « Nombre de saisines des tribunaux par des réclamants » : s'entend du nombre total de saisines de tribunaux à l'initiative du réclamant au cours de l'année sous revue, sans tenir compte de l'année de traitement de la réclamation.

2.2 Le questionnaire « Assurance vie »

Données d'activité (II)

Tableau « Données générales » (II.1)

- Type d'activités réalisées / produits proposés (affaires directes) :
 - « dont temporaires décès (cat. 3) » : renvoie aux contrats d'assurance vie individuels/groupes ouverts d'assurance temporaire décès, ne comprenant pas de couverture de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.
 - « dont garanties obsèques à titre principal » : vise les garanties conduisant à verser une somme d'argent à un bénéficiaire avec l'obligation pour ce dernier d'utiliser les fonds pour régler les frais d'obsèques de l'assuré (cette garantie peut également couvrir l'organisation des obsèques). Cette notion doit être distinguée de la « garantie obsèques à titre accessoire » en ce sens qu'elle caractérise l'objet principal du contrat d'assurance.
 - « Contrats collectifs en euros ou devises » : correspond aux contrats des catégories 6 et 7. Il s'agit des contrats investis à 100 % sur des supports libellés en euros (ou en devises). Ainsi sont exclus les contrats proposant des supports d'investissement diversifiés comprenant à la fois des fonds en euros et des fonds en unités de compte. Ces derniers contrats, dits « multi-supports », doivent être comptabilisés dans le champ de saisie relatif aux « Contrats en UC (unités de compte) ».

Lorsqu'elles sont saisissables les données relatives aux PER sont à renseigner conformément aux consignes précisées dans « l'Aide au remplissage des ENS au 31 décembre 2020 » disponible sur le site internet de l'ACPR.

Tableau « Données retraite supplémentaire » (II.2)

En l'absence d'indication contraire, il convient de considérer qu'il est fait référence à la retraite supplémentaire de l'état FR.14.01.

Sont comptabilisés les produits de retraite supplémentaire, qu'ils relèvent d'une adhésion facultative ou obligatoire, que les contrats soient à cotisations définies ou à prestations définies.

- « Contrats destinés aux fonctionnaires et élus locaux » : Caisse nationale de prévoyance de la fonction publique (PREFON), du Fonds de pension des élus locaux (FONPEL), du Complément retraite mutualiste (COREM), du Complémentaire retraite des hospitaliers (CRH), du Caisse autonome de retraite des élus locaux-mutuelle des élus locaux (CAREL-MUDEL).

- « Contrats Madelin et exploitants agricoles » : contrats Madelin définis par la loi 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin » à destination des entrepreneurs individuels, et des contrats exploitants agricoles institués par l'article 55 de la loi du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines et destinés à compléter les prestations du régime obligatoire de retraite des travailleurs non-salariés des professions agricoles.
- « Contrats Art. 39 du CGI (hors contrats IFC et pré-retraite » : il s'agit des contrats relevant de l'article 39 du Code général des impôts (qui englobent en particulier les dispositifs communément appelés « retraites chapeau » définis par l'article L. 137-11 du Code de la Sécurité sociale), mais à l'exclusion des Indemnités de fin de carrière et des préretraites (à reporter plus bas, sur les lignes qui leurs sont dévolues).
- « Contrats Art. 82 du CGI » : il s'agit des contrats à adhésion facultative relevant de l'article 82 du Code général des impôts.
- « Contrats Art. 83 du CGI et PERE » : il s'agit des contrats à adhésion obligatoire relevant de l'article 83 du Code général des impôts et des Plans d'Épargne Retraite d'Entreprise (PERE).
- « Autres contrats de retraite supplémentaire » : il s'agit des REPMA, ancien PER « Balladur », EXPAR, IPREA, régimes du 4 juin, L. 441, régimes collectifs de retraites, et des autres dispositifs à cotisations définies ne pouvant être comptabilisés comme « articles 39, 82 ou 83 ».

2.3 Le questionnaire « Assurance santé-prévoyance »

Données d'activité (II)

Tableau « Données générales » (II.1)

- « Incapacité de travail » : correspond aux garanties couvrant le risque d'arrêt temporaire de travail, qu'elles interviennent ou non en complément ou non de prestations versées par un régime obligatoire d'Assurance maladie. Il peut s'agir de garanties principales ou accessoires d'un contrat qui ouvre droit au versement d'indemnités journalières en cas de maladie, maternité, accident du travail ou de maladie professionnelle.
- « Invalidité » : correspond à la notion d'incapacité permanente totale ou partielle de travail, elles-mêmes selon qu'elles ont donné lieu à un versement d'une rente d'invalidité, ou encore au versement d'un capital pour invalidité. Sont à comptabiliser dans cette ligne les garanties « invalidité » à titre principal ou accessoire quelle que soit la forme que prend l'indemnisation (versement d'une rente ou d'un capital).
- « Dépendance à titre principal » : cette notion vise les garanties ayant pour but de verser une rente ou un capital à un bénéficiaire dans l'hypothèse où l'assuré deviendrait « dépendant » (qui désigne, d'une façon générale, l'état d'un individu ayant perdu de façon définitive toute ou partie de son autonomie et se trouvant dans l'incapacité d'accomplir seul les principaux actes de la vie quotidienne). Cette notion doit être distinguée de la « dépendance à titre accessoire ou complémentaire ».

Tableau « Données garanties Décès et Assurances mixtes » (II.2)

- « Garanties obsèques (à titre accessoire) » : vise les garanties conduisant à verser une somme d'argent à un bénéficiaire avec l'obligation pour ce dernier d'utiliser le capital pour régler les frais d'obsèques de l'assuré (cette garantie peut également couvrir l'organisation des obsèques qui sont incluses dans un contrat dont la garantie principale a une autre finalité).
- Les garanties obsèques à titre principal sont à renseigner dans le questionnaire « Assurance vie ».
- « Provisions d'assurance vie clôture » : provisions mathématiques relatives à des garanties vie constituées au 31 décembre de l'année considérée.
- « Autres provisions techniques clôture » : toute autre provision technique (par exemple les provisions mathématiques invalidité ou les provisions pour sinistre à payer en invalidité ou décès) constituées à la clôture de l'exercice.
- « Participation aux bénéfices incorporées aux prestations » : participation aux bénéfices incorporée aux prestations ou aux provisions techniques.

Tableau « Chargements commerciaux et frais réels » (II.3)

- « Garanties individuelles » : fait référence tant aux souscriptions individuelles qu'aux adhésions facultatives à un contrat collectif.
- « Garanties collectives » : fait référence aux seules adhésions obligatoires à un contrat collectif.
- « Autres dommages corporels » : correspond à l'ensemble des sous-catégories mentionnées dans la partie « II.1. Données générales » sous l'item « Autres dommages corporels », à savoir « Incapacité de travail », « Invalidité », « Dépendance à titre principal », « Dépendance à titre accessoire », « Autres garanties hors assurance emprunteur ».

2.4 Le questionnaire « Assurance de dommages »

Données d'activité (II)

Tableau « Données générales » (II.1)

- « Automobile » : correspondant aux contrats des catégories 22 et 23.
- « Dommages aux biens » : correspondant aux contrats des catégories 24 et 25.
- « Construction » : correspondant aux contrats des catégories 35 et 36.

Tableau « Données Assurances affinitaires » (II.2)

- « Assurances affinitaires » : correspond aux garanties d'assurance qui constituent un complément à un bien ou à un service vendu à titre principal par un professionnel. Il peut notamment s'agir de garanties d'assurance vendues à l'occasion d'achats en téléphonie, de produits high-tech ou techniques, de voyages ou spectacles.