### Annexe 2

**Questionnaire**

**pratiques commerciales**

**et protection de la clientèle**

**« Assurance »**

I-DONNEES D’IDENTIFICATION

II-DONNEES D’ACTIVITE

III-PRATIQUES COMMERCIALES ET MOYENS DEDIES

IV-DISPOSITIF DE CONTROLE INTERNE

|  |
| --- |
| **1 - DONNEES D’IDENTIFICATION** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **Année** | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **SIREN** | |  | |  | | | | |
|  | **MATRICULE** | |  | |  | | | | |
|  | **Dénomination sociale de l’organisme** | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | **FORME JURIDIQUE** | |  | |  | | | |
|  | **GROUPE D’APPARTENANCE** | |  | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | Date de validation du questionnaire par un dirigeant effectif ou la personne qu’il a habilitée à cet effet | |  | |  | | | | |
| Nom du dirigeant effectif ayant validé le questionnaire ou nom et fonction de la personne qu’il a habilitée à cet effet | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | **Coordonnées de l’interlocuteur au sein de votre organisme en charge de l’envoi du questionnaire à l’ACPR** | | | | | | | |
|  | *Nom* | |  | | |  | | |
|  | *Prénom* | |  | | |  | | |
|  | *Fonction* | |  | | |  | | |
|  | *Téléphone* | |  | | |  | | |
|  | *Adresse mail* | |  | | |  | | |
|  | *Confirmation adresse mail* | |  | | |  | | |
|  | | *Adresse courrier* | |  | | |  | | |
|  | | *Code Postal* | |  | | |  | | |
|  | | *Ville* | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | **Coordonnées du responsable de conformité** | | | | | | | |
|  | | *Nom* | |  | | |  | | |
|  | | *Prénom* | |  | | |  | | |
|  | | *Fonction* | |  | | |  | | |
|  | | *Téléphone* | |  | | |  | | |
|  | | *Adresse mail* | |  | | |  | | |
|  | | *Confirmation adresse mail* | |  | | |  | | |
|  | | *Adresse courrier* | |  | | |  | | |
|  | | *Code Postal* | |  | | |  | | |
|  | | *Ville* | |  | | |  | | |
|  | | **Coordonnées du service ou de la personne chargée du traitement des réclamations** | | | | | | | |
|  | | *Nom du service* | |  | | |  | | |
|  | | *Nom* | |  | | |  |  | |
|  | | *Prénom* | |  | | |  | | |
|  | | *Fonction* | |  | | |  | | |
|  | | *Téléphone* | |  | | |  | | |
|  | | *Adresse mail* | |  | | |  | | |
|  | | *Confirmation adresse mail* | |  | | |  | | |
|  | | *Adresse courrier* | |  | | |  | | |
|  | | *Code Postal* | |  | | |  | | |
|  | | *Ville* | |  | | |  | | |
|  | |  | |  | | |  |  | |
|  | | **Coordonnées du médiateur** | | | | | | | |
|  | | **Médiation de l’assurance** | |  | | | oui/non | | |
|  | |  | | |
|  | | **Médiateur FNMF** | |  | | | oui/non | | |
|  | | **Médiateur CTIP** | |  | | | oui/non | | |
|  | | **Médiateur FNIM** | |  | | | oui/non | | |
|  | | Autre médiateur | |  | | | oui/non | | |
|  | | *Nom* | |  | | |  | | |
|  | | *Prénom* | |  | | |  | | |
|  | | *Téléphone* | |  | | |  | | |
|  | | *Adresse mail* | |  | | |  | | |
|  | | *Confirmation adresse mail* | |  | | |  | | |
|  | | *Adresse courrier* | |  | | |  | | |
|  | | *Code Postal* | |  | | |  | | |
|  | | *Ville* | |  | | |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Spécificités liées à l’activité de votre organisme** |

##### L’activité de votre organisme porte-t-elle exclusivement sur les grands risques au sens de l’article  L.111-6 du Code des assurances ? :

* Oui
* Non

La réponse « Oui » à la question ci-dessus vous dispense de la suite du formulaire.

|  |
| --- |
| Commentaires/ Précisions éventuelles : |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II- DONNEES D’ACTIVITE** | | | | | |
|  | | | | | |
| **II.1- ACTIVITES ET ENGAGEMENTS**  **II.1.1 Assurance vie** | | | | | |
|  | | | | | |
| Type d’activités réalisées / produits proposés | Nombre de contrats / adhésions en portefeuille | Nb de contrats / adhésions n | Primes n | PM | Commentaires |
|
| **II.1.1 Assurance vie et capitalisation** |  |  |  |  |  |
| **Bons et contrats de capitalisation** |  |  |  |  |  |
| ***Dont engagements en UC*** |  |  |  |  |  |
| Dont titres au porteur |  |  |  |  |  |
| **Assurance vie individuelle et collective à adhésion facultative** |  |  |  |  |  |
| ***Dont engagements en UC*** |  |  |  |  |  |
| Dont contrats avec valeur de rachat |  |  |  |  |  |
| Dont temporaires décès (spécifiques) |  |  |  |  |  |
| Dont contrats vie entière  (hors obsèques) |  |  |  |  |  |
| Dont contrats obsèques (spécifiques) |  |  |  |  |  |
| Dont contrats type « *variable annuities* » |  |  |  |  |  |
| Dont contrats vie-génération |  |  |  |  |  |
| Dont contrats collectifs facultatifs |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assurance collective d’entreprise en cas de vie (spécifique retraite) ou en cas de décès (assurances décès exclusives)** |  |  |  |  |  |
| **Assurance collective d’entreprise en cas de vie (spécifique retraite)** |  |  |  |  |  |
| ***Dont engagements en UC*** |  |  |  |  |  |
| Dont contrats retraite à adhésion obligatoire  (art. 83, 39, etc.) |  |  |  |  |  |
| Dont contrats retraite à adhésion facultative  (art. 82, etc.) |  |  |  |  |  |
| Dont contrats IFC |  |  |  |  |  |
| **Assurance collective d’entreprise en cas de décès (assurances décès exclusives)** |  |  |  |  |  |
| Dont assurance collective à adhésion facultative |  |  |  |  |  |
| Dont assurance collective à adhésion obligatoire |  |  |  |  |  |
| **Autres produits de retraite** |  |  |  |  |  |
| ***Dont engagements en UC*** |  |  |  |  |  |
| Dont PERP |  |  |  |  |  |
| Dont MADELIN |  |  |  |  |  |
| Dont contrats en points relevant de la branche 26 |  |  |  |  |  |
| **Contrats comportant un support dit « eurocroissance » ou « croissance »** |  |  |  |  |  |
| **Autres (à préciser)** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | | | |
| Revenus bruts perçus au cours de l’année sous revue (unité = euro) | | | | |
|  | Grande famille de produits | Chargements d’acquisition | Chargements de gestion | Autres chargements (dont « frais » de sortie, « frais » sur opérations, - rachats, arbitrages, etc.) | Revenus versés par des tiers en relation avec des supports d’unités de compte  (Y compris rétrocession de commissions de gestion) | Commentaires |
|  | **Bons et contrats de capitalisation** |  |  |  |  |  |
|  | **Assurance vie individuelle et collective à adhésion facultative** |  |  |  |  |  |
|  | **Dont temporaires décès (spécifiques)** |  |  |  |  |  |
|  | **Dont contrats obsèques (spécifiques)** |  |  |  |  |  |
|  | **Assurance collective d’entreprise en cas de vie (spécifique retraite)** |  |  |  |  |  |
|  | **Autres produits de retraite** |  |  |  |  |  |
|  | **Autres contrats** |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Désignation commerciale des supports euros des contrats d’assurance vie | Taux de revalorisation le plus faible servi  (en %)  n | Taux de revalorisation moyen servi (en %)  n | Taux de revalorisation le plus fort servi  (en %)  n | Commentaires |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de supports d’unités de compte ouverts aux versements l’année n |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Désignation des 10 supports d’unités de compte représentant les plus importantes  collectes au cours de l’année sous revue | Code d’identification | Catégorie AMF | Profil de risque et de rendement | Garantie du capital investi à l’échéance | Primes nettes investies sur le support l’année n | Performance n  (en %) | Commentaires |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de supports d’unités de compte comportant une échéance commercialisés l’année n |  |
| Nombre de supports d’unités de compte garantis (totalement ou partiellement) à l’échéance commercialisés l’année n |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Désignation des supports d’unités de compte des contrats d’assurance vie arrivés à échéance au cours de l’exercice écoulé | Code d’identification | Catégorie AMF | Profil de risque et de rendement | Performance maximum pouvant être servie (en %) | Performance effective servie (en %) | Garantie en capital mise en œuvre | Commentaires |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | |
| Type d’activités réalisées / produits proposés | | Nombre de contrats / adhésions en portefeuille | Nb de contrats / adhésions n | | Primes n | | | Rapport Sinistres / primes  (en %) n | Commentaires |
|
| **II.1.2 Autre assurance de personnes** | | | | | | | | | |
| **Assurance santé spécifique** | |  |  | |  | | |  |  |
| contrats individuels et collectifs facultatifs | |  |  | |  | | |  |  |
| dont contrats Fonction publique | |  |  | |  | | |  |  |
| contrats collectifs obligatoires | |  |  | |  | | |  |  |
| **Prévoyance** | |  |  | |  | | |  |  |
| dont garanties incapacité-invalidité | |  |  | |  | | |  |  |
| dont décès (hors obsèques) | |  |  | |  | | |  |  |
| dont obsèques | |  |  | |  | | |  |  |
| dont santé | |  |  | |  | | |  |  |
| dont assurance dépendance | |  |  | |  | | |  |  |
| dont autre | |  |  | |  | | |  |  |
| contrats individuels et collectifs facultatifs | |  |  | |  | | |  |  |
| dont contrats Fonction publique | |  |  | |  | | |  |  |
| contrats collectifs obligatoires | |  |  | |  | | |  |  |
| **Assurance emprunteur** | |  |  | |  | | |  |  |
| **Assurance dépendance spécifique** | |  |  | |  | | |  |  |
| **Contrats GAV - accidents de la vie** | |  |  | |  | | |  |  |
| **Autres (à préciser)** | |  |  | |  | | |  |  |
|  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.1 ACTIVITES ET ENGAGEMENTS**  **II.1.3 Assurance dommage** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  |  |  | |  | | |  |
| Type d’activités réalisées / produits proposés | | | Nombre de contrats / adhésions en portefeuille | | | Nb de contrats / adhésions n | Primes n | Rapport Sinistres / primes (en %) n | % Primes par type de clientèle | | | Commentaires | | |
| Particuliers | | Profes. |
| **II.1.3 Assurance dommages** | |  | |  |  | | | | | | | | | |
| **Total assurances dommages (Hors grands risques)** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Dont assurance auto** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Dont multirisques habitation** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Dont assurance de protection juridique (contrats spécifiques)** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Dont assistance (contrats spécifiques)** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Dont assurance affinitaire, dont:** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| Garantie liée à un voyage | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| Garantie d’un bien électroménager | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| Garantie d’un bien électronique nomade | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| Garantie des moyens de paiements | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| Autre(s) contrat(s) | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Dont assurance copropriété** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Dont assurance construction** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Dont assurance multirisques professionnelle / RC professionnelle** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
| **Autres** | | |  | | |  |  |  |  | |  |  | | |
|  |  | |  | | |  |  |  | |  | | |  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II.2- DISPOSITIF DE COMMERCIALISATION** | | | |
|  | | | |
| **II.2.1 Canaux de distribution de votre organisme** | | **Commentaires** | |
| Réseau salariés | Oui/Non |  | |
| Courtiers (hors EC) | Oui/Non |  | |
| Agents généraux | Oui/Non |  | |
| Établissements de crédit (EC) | Oui/Non |  | |
| Autres (dont mandataires, substituées, apériteurs) | Oui/Non |  | |
| **Réseau salariés** | | | |
| Nombre de points de vente |  | |  |
| Effectif équivalent temps plein |  | |  |
| *dont Effectif ETP recruté dans l’année sous revue* |  | |  |
| **Vente à distance (hors ventes via des intermédiaires)** | | | |
| Existence d’unités dédiées à la vente à distance | Oui/Non | |  |
| Si oui, effectif équivalent temps plein de ces unités |  | |  |
| Souscription en ligne (processus totalement dématérialisé impliquant une signature électronique) | Oui/Non | |  |
| Souscription par téléphone | Oui/Non | |  |
| Souscription par échange de correspondances (courriels, courriers) | Oui/Non | |  |
| Le réseau physique d’agences procède-t-il à de la vente à distance ? | Oui/Non | |  |
| Autres | Oui/Non | |  |
| **Démarchage (hors ventes via des intermédiaires)** | | | |
| Par téléphone | Oui/Non | |  |
| Par Mailings, e-mailing et SMS | Oui/Non | |  |
| Démarchage physique | Oui/Non | |  |
| Autres | Oui/Non | | Préciser |
| Avez-vous recours à un prestataire extérieur qui réalise pour le compte de votre organisme cette activité de démarchage | Oui/ Non | |  |
| Identifier les 5 produits ayant le plus fait l’objet de campagne de démarchage en année n par ordre décroissant | (*produits/services à sélectionner à l’aide d’un menu déroulant*) | | Nom du produit |
|  | |  |
|  | |  |
| **Recours à des Intermédiaires** | | | |
| Nombre d’intermédiaires | | | |
| Courtiers (hors EC) |  |  | |
| EC |  |  | |
| Agents généraux |  |  | |
| Autres (dont mandataires) |  |  | |
| Rémunérations versées année n et autres avantages | | | |
| dont commissions |  |  | |
| dont autres |  |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.2.2 Commercialisation pour le compte de tiers** | | | | |
| **Domaines** | **Sous domaines**  **Menu déroulant** | **Dénomination du tiers pour le compte duquel les contrats/adhésions sont commercialisé(e)s** | **Nombre de contrats/adhésions commercialisé(e)s pour compte de tiers au cours de l’année sous revue** | **Commentaires** |
| *Menu déroulant :*  *Ass vie/autre ass de personne/ass. Dommage (case à cocher)* | *Menu déroulant : (case à cocher) :*  *-* bons et contrats de capitalisation  - contrats obsèques (spécifiques)  - contrat comportant un - support  eurocroissance  ou  croissance  - contrats « vie-génération »  - contrats type « variable annuities »  - autre assurance vie individuelle et collective à adhésion facultative  - assurance collective d’entreprise en cas de vie (spécifique retraite)  - autres produits de retraite  - autres assurance vie  - assurance santé spécifique collective obligatoire  - autre assurance santé spécifique  - prévoyance collective obligatoire  - autre prévoyance  - assurance emprunteur  - assurance dépendance spécifique  - contrats GAV  - autres assurance de personnes  - auto  - multirisques habitation  - protection juridique (spécifique)  - assistance (spécifique)  - affinitaire  - copropriété  - construction  - multirisques pro / RC pro  - autre assurance dommage |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.2.3 Canaux de distribution** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | **Réseau salarié** | | | | | |  | | | |
| **Produits proposés / répartition par réseaux** | **primes (en euro )** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Commentaires** | |
| **Courtiers hors EC** | | | | **EC** | | **Agents généraux** | | | | **Autres (dont mandataires)** | | **Total** | | | **dont unités dédiées à la vente à distance** | |  | | | |
| **ASSURANCE VIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bons et contrats de capitalisation | |  |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Assurance vie individuelle et collective à adhésion facultative | |  |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Assurance vie collective d’entreprise (spécifique retraite) | |  |  | | |  | | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Autres produits de retraite | |  |  | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Contrats obsèques (spécifiques) | |  |  | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Autres | |  |  | | |  | | |  | | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTRE ASSURANCE DE PERSONNES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assurance santé (spécifique) |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| dont contrats collectifs obligatoires |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Prévoyance |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| dont contrats collectifs obligatoires |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Emprunteur |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Assurance Dépendance (spécifique) |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| GAV |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Autres |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| **ASSURANCE DOMMAGES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  |  |
| Auto |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Habitation |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Copropriété |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Multirisques Pro / RC Pro |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Construction |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Protection juridique |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Assistance (contrats spécifiques) |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Affinitaire |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |
| Autres |  | | |  | | | |  | |  | | | | |  | |  | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II.3 GESTION DES CONTRATS** | | | | | |
|  | | | | | |
|  | Délégation / Externalisation | | | | Commentaires  (préciser, par type de délégation, si la délégation vise tout ou partie du portefeuille) |
|  | sélection médicale | gestion des contrats/  adhésions | gestion des sinistres | autres |
| **Assurance vie et capitalisation** | | | | | |
| **Bons et contrats de capitalisation** |  | Oui/Non | Oui/Non | Oui/Non |  |
| **Assurance vie individuelle et collective à adhésion facultative** | Oui/Non |  |  |  |  |
| **Assurance vie collective d’entreprise (spécifique retraite)** |  |  |  |  |  |
| **Autres produits de retraite** |  |  |  |  |  |
| **Autres (à préciser)** |  |  |  |  |  |
| **Autre assurance de personnes** | | | | | |
| **Assurance santé**  spécifique*(contrats frais de soins)* | Oui/Non | Oui/Non | Oui/Non | Oui/Non |  |
| contrats individuels et collectifs facultatifs |  |  |  |  |  |
| contrats collectifs obligatoires |  |  |  |  |  |
| **Prévoyance** |  |  |  |  |  |
| contrats individuels et collectifs facultatifs |  |  |  |  |  |
| contrats collectifs obligatoires |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Assurance emprunteur** |  |  |  | |  |  |
| **Assurance dépendance spécifique** |  |  |  | |  |  |
| **Contrats GAV - accidents de la vie** |  |  |  | |  |  |
| **Autres (à préciser)** |  |  |  | |  |  |
| **Assurance dommages** | | | | | | |
| **ASSURANCE AUTO** | Oui/Non | Oui/Non | | Oui/Non | Oui/Non |  |
| **ASSURANCE HABITATION** |  |  | |  |  |  |
| **ASS PROTECTION JURIDIQUE dont:** |  |  | |  |  |  |
| **Contrats d’assurance spécifique PJ** |  |  | |  |  |  |
| **ASSISTANCE (contrats spécifiques)** |  |  | |  |  |  |
| **ASSURANCE AFFINITAIRE dont:** |  |  | |  |  |  |
| **Garantie liée à un voyage** |  |  | |  |  |  |
| **Garantie d’un bien électroménager** |  |  | |  |  |  |
| **Garantie d’un bien électronique nomade** |  |  | |  |  |  |
| **Garantie des moyens de paiements** |  |  | |  |  |  |
| **Autre(s) contrat(s) affinitaires** |  |  | |  |  |  |
| **ASSURANCE COPROPRIETE** |  |  | |  |  |  |
| **ASSURANCE CONSTRUCTION** |  |  | |  |  |  |
| **ASSURANCE MULTIRISQUE PRO / RC PRO** |  |  | |  |  |  |
| **Autre(s) contrat(s) d’assurance** |  |  | |  |  |  |



|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Clientèle** | **Nombre de réclamations reçues au**  **cours de l’année sous revue** | **Nombre de réponses apportées au cours**  **de l’année sous revue aux réclamations** | | **Saisines des tribunaux**  **(en nombre) faisant suite**  **à une réclamation, portées à la connaissance**  **du déclarant** |
| **Positives (y compris règlement amiable proposé par l’organisme)** | **Négatives** |
| **Particuliers** |  |  |  |  |
| **Clientèle professionnelle** |  |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |  |

##### III – PRATIQUES COMMERCIALES ET MOYENS DEDIES

1. **Publicités**
   1. Tout ou partie du budget publicitaire de votre organisme est-il consacré à la promotion de ses produits ou des produits qu’il commercialise ?

* Oui
* Non

*La réponse « Non » dispense des questions 1.2 à 1.3.1*

* 1. Informations générales
     1. Identifier les 3 produits qui ont été priorisés dans la stratégie publicitaire portant sur les produits de votre organisme ou les produits qu’il commercialise au cours de l’année sous revue ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 3 produits priorisés  *(à choisir dans le menu déroulant)* | | Support de communication privilégié pour ce produit  *( à choisir dans le menu déroulant)* | Pour chacun des 3 produits, montant du budget publicitaire consacré (en euros) | Commentaires |
| - bons et contrats de capitalisation  - contrats obsèques (spécifiques)  - contrat comportant un - support  eurocroissance  ou  croissance  - contrats « vie-génération »  - contrats type « variable annuities »  - autre assurance vie individuelle et collective à adhésion facultative  - assurance collective d’entreprise en cas de vie (spécifique retraite)  - autres produits de retraite  - autres assurance vie  - assurance santé spécifique collective obligatoire  - autre assurance santé spécifique  - prévoyance collective obligatoire  - autre prévoyance  - assurance emprunteur  - assurance dépendance spécifique  - contrats GAV  - autres assurance de personnes  - auto  - multirisques habitation  - protection juridique (spécifique)  - assistance (spécifique)  - affinitaire  - copropriété  - construction  - multirisques pro / RC pro  - autres assurances de dommage |  | - Presse et affichage  - TV, radio et cinéma  - Mailings, e-mailings et SMS  - Bannières internet  - Autres *(à préciser en commentaire)* |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* 1. Publicités diffusées par votre organisme
     1. Quelles unités s’assurent de la conformité des publicités diffusées par votre organisme ? (menu déroulant : plusieurs réponses possibles)
* Filière marketing / commerciale
* Filière juridique
* Filière conformité / contrôle permanent
* Autres  *(à préciser)* 
  1. Publicité diffusées par des tiers sur les produits de votre organisme
     1. Des publicités sont-elles diffusées sur les produits de votre organisme par des tiers ?
* Oui
* Non

*Une réponse « Non » dispense des questions 1.4.2 et 1.4.3*

* + 1. Si « oui » par quel type de tiers :
* Des intermédiaires d’assurance
* Autres (à préciser)
  + 1. Quelles unités de votre organisme s’assurent-elles de la conformité des publicités diffusées par ces tiers ?

(*menu déroulant : plusieurs réponses possibles*)

* Filière marketing / commerciale
* Filière juridique
* Filière conformité / contrôle permanent
* Autres *(à préciser)* 
  + 1. Décrire succinctement les processus de validation visés aux 1.3.1 et 1.4.3, en précisant le cas échéant les domaines d’activité / les produits concernés

*(champs libre)*

* 1. Commentaires à apporter sur la section 1

*(champs libre)*

1. **Assurances affinitaires**
   1. Décrire succinctement le schéma de commercialisation (rôle et qualité de chaque intervenant) des 5 plus importants contrats d’assurances affinitaires (hors assurance voyage) portés par votre organisme

*(champs libre)*

* 1. Décrire succinctement le dispositif permettant à votre organisme de s’assurer de la remise des informations contractuelles et précontractuelles à la clientèle

*(champs libre)*

* 1. Commentaires à apporter sur la section 2

*(champs libre)*

1. **Nouveaux produits et modes de commercialisation**
   1. Votre organisme a-t-il mis sur le marché un (ou plusieurs) nouveau(x) produits au cours de l’année sous revue ?

* Oui
* Non

*La réponse « Non » dispense de la question 3.2*

* 1. Renseigner le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom produit | Domaine concerné  *Menu déroulant :*  *- Vie*  *- Autre assurance de personnes*  *- Dommage et respons.* | Sous domaine concerné  *Menu déroulant :*  *-* bons et contrats de capitalisation  - contrats obsèques (spécifiques)  - contrat comportant un - support  eurocroissance  ou  croissance  - contrats « vie-génération »  - contrats type « variable annuities »  - autre assurance vie individuelle et collective à adhésion facultative  - assurance collective d’entreprise en cas de vie (spécifique retraite)  - autres produits de retraite  - autres assurance vie  - assurance santé spécifique collective obligatoire  - autre assurance santé spécifique  - prévoyance collective obligatoire  - autre prévoyance  - assurance emprunteur  - assurance dépendance spécifique  - contrats GAV  - autres assurance de personnes  - auto  - multirisques habitation  - protection juridique (spécifique)  - assistance (spécifique)  - affinitaire  - copropriété  - construction  - multirisques pro / RC pro  - autre assurance dommage | Clientèle cible  *Décrire la*  *clientèle cible :* | *% clientèle cible/ clientèle totale* | Canaux / modes de distribution  *Menu déroulant  avec plusieurs réponses possibles:*  *-Salarié,*  *-VAD,*  *-Intermédiaire hors EC,*  *-EC* | Objectifs commer-ciaux envisagés / clientèle cible  Menu déroulant  *-Taux d’équipement faible*  *-Taux d’équipement moyen*  *-Taux d’équipement fort*  *-Autre* | Revenus attendus | Avis écrit juridique ou Conformité  préalablement à la mise sur le marché  *Menu déroulant :*  *-avis favorable,*  *-avis favorable sous conditions (à préciser en commentaires).*  *-autres (commentaires)* | Description succincte de la spécificité / nouveauté / du risque pour la clientèle | Commentaires |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |

* 1. Votre organisme a-t-il transformé de manière significative un ou plusieurs contrats au cours de l’année sous revue :
* Oui
* Non

*La réponse « non dispense de la question 3.4*

* 1. Renseigner le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom produit | Domaine concerné  *Menu déroulant :*  *vie/autre ass de pers. /dommage et resp./*  *Tous* | Sous domaine concerné  *Menu*  *Déroulant*  *-* bons et contrats de capitalisation  - contrats obsèques (spécifiques)  - contrat comportant un - support  eurocroissance  ou  croissance  - contrats « vie-génération »  - contrats type « variable annuities »  - autre assurance vie individuelle et collective à adhésion facultative  - assurance collective d’entreprise en cas de vie (spécifique retraite)  - autres produits de retraite  - autres assurance vie  - assurance santé spécifique collective obligatoire  - autre assurance santé spécifique  - prévoyance collective obligatoire  - autre prévoyance  - assurance emprunteur  - assurance dépendance spécifique  - contrats GAV  - autres assurance de personnes  - auto  - multirisques habitation  - protection juridique (spécifique)  - assistance (spécifique)  - affinitaire  - copropriété  - construction  - multirisques pro / RC pro  - autre assurance dommage | Portée de la modification transformation intervenue  *Menu déroulant avec plusieurs réponses possibles*  *- Caractéristiques du contrat/garanties*  *- Offre de supports*  *- Clientèle cible*  *- Canaux/modes de distribution*  *- Taux garanti/*  *- Mise en conformité règlementaire*  *- Autres-(à préciser)* | Objectifs commerciaux envisagés à la transformation  Menu déroulant :  *- Taux d’équipement faible*  *- Taux d’équipement moyen*  *- Taux d’équipement fort*  *- Autre* | Revenus attendus  (*champs libr*e) | Avis écrit préalable de la Conformité  *Menu déroulant :*  *- Avis favorable*  *- Avis favorable sous conditions (à préciser)*  *- Autres (à préciser en commentaires)* | Description succincte de la transformation apportée et des risques pour le client | Commentaires |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Commentaires à apporter sur la section 3

*(champs libre)xx xxxx*

1. **Informations délivrées à la clientèle**
   1. Par quel(s) moyen(s) votre organisme s’assure-t-il de la traçabilité de la remise des informations précontractuelles et contractuelles à la clientèle (hors assurances affinitaires) ? Décrire succinctement le dispositif en précisant le cas échéant les domaines concernés.

*(champs libre)xx xxxxx*

* 1. Commentaires à apporter sur la section 4

*(champs libre)xx xxxxx*

1. **Conseil délivré à la clientèle**
   1. Dispositif de commercialisation sans intermédiaire
      1. Assurance vie - renseigner le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assurance vie / Épargne-retraite  Questions | Oui | Non | Sans objet | Description des dispositifs | Commentaires  *(notamment pour justifier une réponse « sans objet »*) |
| Le dispositif de conseil des clients mis en œuvre par votre organisme est-il automatisé totalement ou partiellement (outil d’aide à la vente) ? Si partiellement, spécifier les contrats couverts. |  |  |  |  |  |
| Le dispositif permet-il de tracer la situation, les exigences et les besoins du client ? |  |  |  |  |  |
| Avez-vous déterminé des profils de clients prenant notamment en compte l’appétence au risque ? |  |  |  |  |  |
| Si « oui », une assistance automatisée à la définition de ces profils est-elle fournie ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il des allocations d’actifs-types en fonction de chaque profil de risques ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il un processus automatisé de vérification de l’adéquation du contrat/de l’allocation d’actifs proposé à la situation, au profil (le cas échéant) et aux besoins/exigences du client. |  |  |  |  |  |
| Le conseil et les raisons qui le motivent le conseil fourni sont-elles formalisées? |  |  |  |  |  |
| Des blocages, alertes et mises en garde sont-ils effectués dans certaines situations ? |  |  |  |  |  |
| Le dispositif de conseil a-t-il été étendu en cours de contrat ? |  |  |  |  |  |
| Un dispositif formalisé permettant de vérifier la bonne compréhension du contrat/support par le client a-t-il été mis en place ? |  |  |  |  |  |
| Les paramétrages de ce dispositif permettent-ils d’identifier des clientèles vulnérables pour proposer les produits adaptés à leur situation ? |  |  |  |  |  |

* + 1. Assurance non vie - renseigner le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assurance non-vie  Questions | Oui | Non | Sans objet | Description du dispositif | Commentaires  *(notamment pour justifier une réponse « non » ou« sans objet »)* |
| Des outils/dispositifs sont-ils mis à disposition du personnel commercial salarié pour faciliter l’exercice de son conseil ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il un dispositif de collecte des informations concernant la situation/les exigences et les besoins du client ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il un dispositif de vérification de l’adéquation du contrat proposé à la situation exigences et aux besoins du client (ex : sélection automatique des contrats adaptés) |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il un dispositif de traçage des raisons qui motivent le conseil fourni à la clientèle |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif permettant d’identifier des anomalies ou inadéquations dans le conseil délivré au regard de la situation/des besoins du client ? |  |  |  |  |  |
| Des blocages sont-ils effectués dans certaines situations ? |  |  |  |  |  |
| Le dispositif de conseil a-t-il été étendu en cours de contrat ? |  |  |  |  |  |

* + 1. Assurance dommage - renseigner le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assurance dommage  Questions | Oui | Non | Sans objet | Description du dispositif | Commentaires  *(notamment pour justifier une réponse « non » ou« sans objet »)* |
| Des outils/dispositifs sont-ils mis à disposition du personnel commercial salarié pour faciliter l’exercice de son conseil ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il un dispositif de collecte des informations concernant la situation/les exigences et les besoins du client ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il un dispositif de vérification de l’adéquation du contrat proposé à la situation exigences et aux besoins du client (ex : sélection automatique des contrats adaptés) |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il un dispositif de traçage des raisons qui motivent le conseil fourni à la clientèle |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif permettant d’identifier des anomalies ou inadéquations dans le conseil délivré au regard de la situation/des besoins du client ? |  |  |  |  |  |
| Des blocages sont-ils effectués dans certaines situations ? |  |  |  |  |  |
| Le dispositif de conseil a-t-il été étendu en cours de contrat ? |  |  |  |  |  |

* 1. Dispositif de commercialisation avec intermédiaires - renseigner le tableau suivant :
     1. Assurance vie - renseigner le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assurance vie  Questions | Oui | Non | Sans objet | Description succincte du dispositif | Commentaires/ précisions  (*distinction courtier/ mandataire, le cas échéant)* |
| Des outils/dispositifs sont-ils mis par votre organisme à disposition des intermédiaires d’assurance pour faciliter l’exercice de leur conseil ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif de traçage de la situation, des besoins et des exigences du client recueillis par les intermédiaires d’assurance ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif de traçage du conseil délivré par les intermédiaires d’assurance, de la situation, des besoins et des exigences? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif permettant d’identifier des anomalies ou inadéquations dans le conseil délivré par les intermédiaires au regard de la situation, des besoins et des exigences du client ? |  |  |  |  |  |

5.2.2 Assurance non vie – renseigner le tableau

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assurance non vie  Questions | Oui | Non | Sans objet | Description succincte du dispositif | Commentaires/ précisions  (*distinction courtier/ mandataire, le cas échéant)* |
| Des outils/dispositifs sont-ils mis par votre organisme à disposition des intermédiaires d’assurance pour faciliter l’exercice de leur conseil ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif de traçage de la situation, des besoins et des exigences du client recueillis par les intermédiaires d’assurance ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif de traçage du conseil délivré par les intermédiaires d’assurance, de la situation, des besoins et des exigences? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif permettant d’identifier des anomalies ou inadéquations dans le conseil délivré par les intermédiaires au regard de la situation, des besoins et des exigences du client ? |  |  |  |  |  |

5.2.3 Assurance dommage – renseigner le tableau

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assurance dommage  Questions | Oui | Non | Sans objet | Description succincte du dispositif | Commentaires/ précisions  (*distinction courtier/ mandataire, le cas échéant)* |
| Des outils/dispositifs sont-ils mis par votre organisme à disposition des intermédiaires d’assurance pour faciliter l’exercice de leur conseil ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif de traçage de la situation, des besoins et des exigences du client recueillis par les intermédiaires d’assurance ? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif de traçage du conseil délivré par les intermédiaires d’assurance, de la situation, des besoins et des exigences? |  |  |  |  |  |
| Existe-t-il au sein de votre organisme un dispositif permettant d’identifier des anomalies ou inadéquations dans le conseil délivré par les intermédiaires au regard de la situation, des besoins et des exigences du client ? |  |  |  |  |  |

* 1. Commentaires à apporter sur la section 5

*(champs libre)*

1. **Coassurance / Externalisation ou délégation des activités**
   1. Votre organisme pratique-t-il des opérations en coassurance

* Avec un organisme dont le code d’appartenance est différent du vôtre ?
* Avec un organisme dont le code d’appartenance est identique au vôtre ?
* Non

*Une réponse « Non » vous dispense des questions 6.2 et 6.3*

* 1. Indiquez les types d’activités / produits concernés par les opérations visées au 6.1 ?

*(menu déroulant : plusieurs réponses possibles)*

* Assurance vie de type épargne (euro/uc) et capitalisation
* Assurance vie de type retraite (individuels ou collectifs, y compris contrats spécifiques type Madelin ou PERP)
* Assurance décès (temporaire décès spécifique + collective décès entreprise exclusive)
* Contrats obsèques (spécifique)
* Assurance santé (spécifique)
* Prévoyance (incapacité/invalidité etc.)
* Assurance Dépendance (spécifique)
* GAV
* Assurance emprunteur
* Assurance MRH
* Assurance Auto (dont flotte auto)
* Assurances professionnelles (RC, construction etc)
* Autres *(à préciser)*)
  1. Décrire succinctement les modalités de fonctionnement de la coassurance

*(à préciser )*

* 1. Si votre organisme externalise/délègue l’étude des demandes de souscription/adhésion/sélection des risques, préciser, s’agissant des 3 plus importants délégataires, pour chaque domaine concerné :
     1. Si une convention a été signée avec le délégataire/prestataire externe

*(à préciser )*

* + 1. Le nom du délégataire/prestataire externe et la nature des tâches qui lui sont confiées (dans la limite de 3)

*(à préciser )*

* 1. Si votre organisme délègue/externalise la gestion de tout ou partie des contrats/sinistres préciser, s’agissant des 3 plus importants délégataires, pour chaque domaine concerné :
     1. Si une convention a été signée avec le délégataire/prestataire externe (dans la limite de 3)

*(à préciser )*

* + 1. Le nom du délégataire/prestataire externe et la nature des tâches qui lui sont confiées

*(à préciser )*

* 1. Commentaires à apporter sur la section 6

*(à préciser )*

1. **Formation** 
   1. Quel est le parcours initial des personnels salariés en contact avec la clientèle recrutés par votre organisme au cours de l’année sous revue ?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre de salariés recrutés | Dont salariés ayant un niveau d’études égal à « Bac +2 » | Dont salariés ayant un niveau d’études supérieur à « Bac +2 » | Commentaires |
| Formations Assurance, Banque, Finance ou Juridique |  |  |  |  |
| Autres formations |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |

* 1. Votre organisme a-t-il mis en place un dispositif de formation des personnels salariés en contact avec la clientèle intégrant les règles de protection de la clientèle (autre que LAB et CNIL) (plusieurs réponses possibles) ?
* à la prise de poste (dans un délai de 6 mois à compter de la prise de poste) ?
* en formation permanente en cours de contrat de travail ?
* autre (*à préciser)*
  1. Pour les formations visées au 7.2, votre organisme s’assure-t-il systématiquement :
* de la pertinence de leur contenu des formations dispensées ?
* du caractère adapté de la périodicité des formations permanentes ?
* de leur bonne assimilation par le personnel, par un contrôle des connaissances ?
* de la participation effective du personnel à ces formations par un contrôle de présence ?
  1. Décrire brièvement les moyens visés au 7.3

*(champs libre)*

* 1. Décrire succinctement les moyens déployés pour procéder au suivi et au contrôle du niveau de capacité professionnelle requit des personnels salariés de l’organisme proposant la souscription des contrats d’assurance ?

*(champs libre)*

* 1. Commentaires à apporter sur la section 7

*(champs libre)*

1. **Rémunération des personnels salariés chargés de la commercialisation des produits**
   1. Votre organisme s’assure-t-il que son dispositif de rémunération ou d’évaluation des personnels salariés chargés de la commercialisation des produits ne crée pas de situations contraires à l’intérêt du client ?

* Oui
* Non
  1. Les objectifs de commercialisation (annuels ou ponctuels) ont-ils une incidence sur la rémunération ou les avantages non monétaires perçus par les personnels salariés chargés de la commercialisation des produits?
* Oui
* Non
* Sans objet (*aucun objectif commercial*)

*La réponse « Non » ou « Sans objet » dispense des questions 8.3 et 8.4*

* 1. Les objectifs de commercialisation (annuels ou ponctuels) à atteindre par les personnels salariés chargés de la commercialisation des produits intègrent-ils des critères qualitatifs de respect des règles de protection de la clientèle ?
* Oui
* Non
* Sans objet (aucun objectif commercial)

*La réponse « Non » ou « Sans objet » dispense de la question 8.4*

* 1. Identifier les critères qualitatifs visés au 8.3

*(champs libre)*

* 1. Part de la rémunération variable des personnels salariés chargés de la commercialisation des produits[[1]](#footnote-2) liés en tout ou partie à des objectifs de commercialisation (annuels ou ponctuels) ?

|  |  |
| --- | --- |
| Part de la rémunération variable dans la rémunération annuelle (en %) | Pourcentage des personnels salariés chargés de la commercialisation des produits |
| Supérieure à 20 % |  |
| 15% ˂ x ≤ 20 % |  |
| 10 % ≤ x ≤ 15 % |  |
| Inférieure à 10 % |  |

* 1. En moyenne, quelle est la part des avantages non monétaires perçus (en %) au regard de la rémunération annuelle des personnels salariés chargés de la commercialisation des produits ?
* Supérieure à 10 %
* 5% ˂ x ≤ 10 %
* 1 % ≤ x ≤ 5 %
* Inférieure à 1 %
* Sans objet (pas d’avantages non monétaires perçus)
  1. Commentaires à apporter sur la section 8

*(champs libre)*

1. **Réclamations et médiation** 
   1. Information de la clientèle
      1. Le client est-il informé sur les démarches/procédures à suivre en cas de réclamation (coordonnées de la personne ou du service à saisir, et du médiateur compétent) – (*plusieurs réponses possibles*) :

a) dans les contrats

b) dans les lieux d’accueil

c) sur le site internet

* + 1. Les voies de recours possibles sont-elles précisées dans la réponse apportée au client, en cas de refus de faire droit partiellement ou en totalité à la réclamation (notamment médiateur compétent et ses coordonnées) ?

a) Oui

b) Non

* 1. Traitement des réclamations (moyens et organisation)
     1. Effectifs du service réclamations (en équivalent agent temps plein) : …
     2. Délai moyen de traitement entre la date de réception de la réclamation et la date d’envoi de la réponse au client (en jours calendaires) : …
  2. Exploitation des réclamations
     1. L’exploitation des réclamations par l’organisme couvre-t-elle les réclamations reçues par les sociétés auxquelles l’entité a pu confier la gestion de ses contrats ?

1. Oui
2. Non
3. Sans objet
   * 1. Cette exploitation couvre-t-elle les réclamations reçues par les intermédiaires chargés de la commercialisation des produits ?
4. Oui
5. Non
6. Sans objet
   * 1. Le traitement des réclamations a-t-il permis de constater des dysfonctionnements au cours de l’exercice sous revue en matière de commercialisation et de protection de la clientèle au sein de l’entité ?

a) Oui

b) Non

*La réponse « Non » dispense des questions 9.3.4 à 9.3.6*

* + 1. Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nature des dysfonctionnements constatés | Produit / Système de gestion / Pratique concerné(s) | Commentaires |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* + 1. Des actions correctrices ont-elles été engagées pour pallier les dysfonctionnements constatés ?

a) Oui

b) Non

* + 1. Si oui, compléter le tableau ci-dessous :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Description succincte des actions correctrices | Type d’actions | | | Délai total de mise en œuvre |
| Modification de contrat | Modifications des systèmes de gestion | Modifications des pratiques |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

* + 1. Si non, en décrire succinctement les raisons :

|  |
| --- |
|  |

* 1. Médiation
     1. Nombre de litiges soumis au médiateur au cours de l’exercice : ….
     2. Nombre d’avis rendus par le médiateur compétent au cours de l’exercice: ….

Dont :

a. En faveur du réclamant : ….

b. En faveur de l’établissement : ….

c. Partiellement favorables au réclamant : ….

* + 1. Nombre d’avis suivis par l’entité au cours de l’exercice : …..
  1. Commentaires à apporter sur la section 9

*(champs libre)*

**IV – DISPOSITIF DE CONTRÔLE INTERNE**

1. **Données chiffrées**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Contrôle interne / Effectifs** | Nombre de personnes en EATP exclusivement affectées au contrôle interne | En % de l’effectif total de l’organisme |
| Effectif total du contrôle interne |  |  |
| *Dont contrôle permanent* |  |  |
| *Dont contrôle périodique* |  |  |

1. **Dispositif de contrôle permanent**
   1. Renseigner le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTROLE INTERNE**  **Dispositif de contrôle permanent** | Comment évaluez-vous la couverture par le dispositif de contrôle permanent des risques liés aux différentes phases et aspects de la commercialisation des produits et de la relation clientèle (de 0 à 3[[2]](#footnote-3)) ? | Depuis le 31 décembre de l’année sous revue, votre organisme a-t-il apporté ou envisagé des évolutions à son dispositif de contrôle permanent pour améliorer la couverture des risques ?  O/N  *Si oui : décrire succinctement* | Descriptif succinct des évolutions apportées ou envisagées | Commentaires |
| Intégration des risques de non-respect des règles de la commercialisation des produits et de protection de la clientèle dans le dispositif de contrôle permanent |  |  |  |  |
| Mise sur le marché de nouveaux produits |  |  |  |  |
| Élaboration et validation des documents des documents contractuels |  |  |  |  |
| Élaboration et validation des documents publicitaires et commerciaux |  |  |  |  |
| Traçabilité de la remise de l’information pré-contractuelle et contractuelle au client |  |  |  |  |
| Suivi des clients (mise à jour à des données clients) |  |  |  |  |
| Protection des données personnelles (le cas échéant médicales, ...) |  |  |  |  |
| Formation du personnel en relation avec la clientèle |  |  |  |  |
| Rémunération du personnel en relation avec la clientèle |  |  |  |  |
| Qualité du conseil à la souscription et en cours de vie du contrat |  |  |  |  |
| Qualité et conformité des courriers et informations délivrés aux clients en cours de contrat |  |  |  |  |
| Exécution des contrats/conventions |  |  |  |  |
| Fin des relations contractuelles |  |  |  |  |
| Relation avec les intermédiaires (aspects propres à la distribution des produits) |  |  |  |  |
| Maîtrise des activités externalisées/déléguées à une entité hors du groupe (au sens du groupe d’assurance ou du groupe bancaire) - hors distribution des produits |  |  |  |  |
| Maîtrise des activités externalisées/déléguées à une entité du groupe (au sens du groupe d’assurance ou du groupe bancaire) - hors distribution des produits |  |  |  |  |
| Traitement des réclamations |  |  |  |  |
| Autres (*à décrire)* |  |  |  |  |

* 1. Votre dispositif de contrôle permanent concernant le respect des règles de protection de la clientèle est- il organisé selon un double niveau de contrôle (niveau 1 et niveau 2) ?
* Oui
* Non
  1. Décrire succinctement l’organisation de votre dispositif de contrôle permanent concernant le respect des règles de protection de la clientèle

*(champs libre)*

* 1. Décrire succinctement l’organisation et le rôle de la fonction conformité de votre organisme concernant le respect des règles de protection de la clientèle

*(champs libre)*

* 1. Les contrôles permanents reposent ils sur des documents/une méthodologie d’analyse préétablie comportant des grilles/points de contrôle précis(e)s?
* Au 1er niveau
* Au 2ème niveau
* Non / Sans objet
  1. Si « *Non* » / Sans objet à la question 2.5, expliquer et décrire succinctement les modalités de contrôle

*(champs libre)*

1. **Dispositif de contrôle périodique**
   1. Renseigner le tableau suivant :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Avez-vous effectué au cours des 5 dernières années des audits traitant des aspects de la commercialisation des produits et de la relation clientèle  O/N | Description succincte des aspects commercialisation des produits / protection de la clientèle audités | Décrire les principales mesures prises ou envisagées pour répondre aux recommandations de l’audit concernant les aspects commercialisation des produits / protection de la clientèle et préciser leur état d’avancement | Comment évaluez-vous la couverture, par le contrôle périodique, des risques de protection de la clientèle sur les activités suivantes :  (Évaluation de 0 à 3[[3]](#footnote-4)) |  | Depuis le 31 décembre de l’année sous revue, votre organisme a-t-il apporté ou envisagé des évolutions à son dispositif de contrôle périodique  pour améliorer la couverture des risques de protection de la clientèle ?  O/N  (*à décrire succinctement*) | Descriptifs succincts des évolutions apportées ou envisagées | Commentaires |
| Assurance vie |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance santé |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance emprunteur (dont AERAS) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Prévoyance |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance Dépendance |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GAV |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance habitation |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance Auto |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance RC pro |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance Construction |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance PJ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assurance affinitaire |  |  |  |  |  |  |  |  |
| L’activité d’intermédiation (aspects propres à la distribution des produits) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Les activités externalisées/  déléguées à une entité hors du groupe (au sens du groupe d’assurance ou du groupe bancaire) -Hors distribution des produits |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Les activités externalisées/  déléguées à une entité du groupe (au sens du groupe d’assurance ou du groupe bancaire) -Hors distribution des produits |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres *(à préciser)* |  |  |  |  |  |  |  |  |

3.2. Lister les thèmes de protection de clientèle couverts par les missions de contrôle périodique planifiées en N+1

*(champs libre)*

* 1. Avez-vous délégué/externalisé votre audit ?
* Oui
* Non
* Si oui expliquer succinctement

*(champs libre)*

* 1. Commentaires à apporter sur la partie IV (facultatif)

*(champs libre)*

1. Hors participation et intéressement. [↑](#footnote-ref-2)
2. 0 = pas de couverture ; 1= couverture insuffisante ; 2= couverture partielle ; 3= couverture satisfaisante. [↑](#footnote-ref-3)
3. 0 = pas de couverture ; 1= couverture insuffisante ; 2= couverture partielle ; 3= couverture satisfaisante. [↑](#footnote-ref-4)