



Le traitement des demandes d'indemnisation – une fonction clé dans le secteur des assurances

Traitement des demandes d'indemnisation en assurance vie – Généralités

Introduction

La gestion des demandes d'indemnisation est une fonction clé du secteur des assurances. L'objectif : indemniser les demandes légitimes et rejeter celles qui ne sont pas fondées. Plus facile à dire qu'à faire, car les demandes se suivent et ne se ressemblent pas.

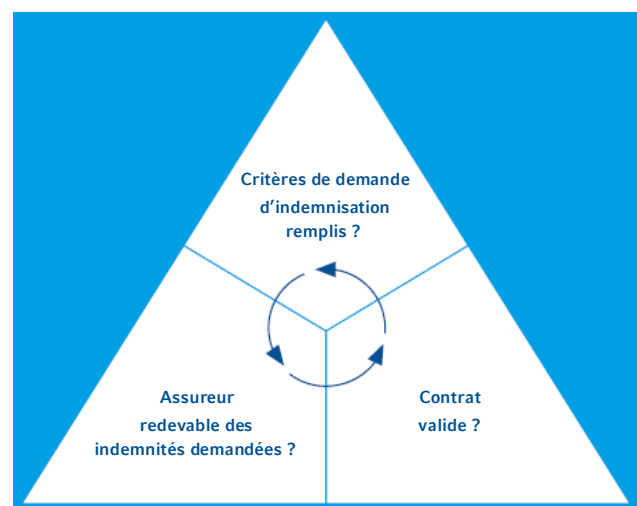
Dans cet article, nous allons présenter les principaux concepts et stratégies propres au traitement des demandes d'indemnisation dans le secteur de l'assurance vie. Il ne s'agira pas de se restreindre à un marché ou à un système juridique donné, mais plutôt de présenter brièvement les grands principes que l'on peut retrouver d'une situation à l'autre.

La pyramide de gestion des demandes d'indemnisation

En cas de sinistre, certains éléments doivent être systématiquement vérifiés, dont les trois principaux sont illustrés dans cette « pyramide de gestion des demandes d'indemnisation ».

Fig. 1: Pyramide de gestion des demandes d'indemnisation

Principaux critères de traitement des demandes d'indemnisation



Les critères de demande d'indemnisation sont-ils remplis ?

Il est fondamental de commencer par vérifier que l'évènement faisant l'objet de la demande d'indemnisation est couvert par les conditions générales du contrat souscrit. Il s'agit notamment de rechercher tout motif d'exclusion générale ou spécifique et les éventuelles conditions de reports ou délais de carence. Ainsi, pour une garantie telle que la protection de revenus, une vérification régulière du statut d'invalidité et de l'état de santé doit être réalisée afin de vérifier que le demandeur réponde toujours aux critères d'indemnisation. Il convient également de dissiper toute suspicion légitime de fraude, dissimulation ou fausse déclaration.

L'assureur est-il redevable des indemnités demandées ?

Ici différents éléments de nature essentiellement technique doivent être pris en compte : le contrat est-il en vigueur ? Toutes les primes ont-elles été versées ? Historique de paiements accélérés/rachat partiel ? D'autres parties sont-elles (partiellement) redevables au titre de cette demande d'indemnisation ? De combien êtes-vous personnellement redevable ?

Le contrat est-il valide ?

Cette fois-ci, il s'agit de remonter un peu en arrière et d'identifier toute fraude, dissimulation ou fausse déclaration éventuelle. Au besoin, des procédures de vérification des termes du contrat et/ou de ses avenants peuvent être enclenchées. Dans le même temps, les autres contrats du demandeur peuvent également être étudiés afin de déterminer s'ils pourraient être impactés par les éventuelles conclusions de l'enquête. En fonction du marché et du produit, d'autres considérations (validité de la couverture collective ou de l'intérêt assurable) doivent être étudiées.

L'ABI (Association of British Insurers) a publié d'excellentes recommandations concernant les processus de traitement des fausses déclarations : il s'agit d'un « Code de conduite » en cas de fausses déclarations constatées lors du traitement de la demande d'indemnisation, dans le cadre de plusieurs produits d'assurance. (1)

Ce document peut servir de guide précieux dans l'évaluation des demandes d'indemnisation, et aborde un certain nombre de points : les différents types de fausses déclarations, ainsi que les procédures de traitement et de recours appropriées. Il inclut également un organigramme représentant les différentes étapes de l'évaluation. Si ce n'est pas déjà fait, il serait pertinent d'élaborer des guides et organigrammes comparables pour chaque pays et/ou marché, en les adaptant bien évidemment au contexte juridique et commercial local.

Il convient de noter que les recommandations du Code de l'ABI « ...vont au-delà de la réglementation actuelle sur un certain nombre de dispositions importantes. Le respect de ces dispositions est facultatif, mais les compagnies doivent garder à l'esprit que le FOS (Financial Ombudsman Service) est habilité à déterminer si une entreprise a agi de manière équitable en se référant à ce Code ou à ses versions antérieures ». Il est également précisé que « les assureurs doivent noter que le présent Code ne prétend en aucun cas se substituer à la loi ; et qu'ils sont tenus de toujours se conformer aux obligations légales pertinentes lorsqu'ils appliquent le présent Code... ». (1)(2)

Fausse déclarations et niveaux de culpabilité

La dissimulation d'informations ou les fausses déclarations peuvent être réparties en différents degrés de culpabilité qui ouvrent la voie à différentes procédures de traitement des demandes d'indemnisation et à différents recours. Au Royaume-Uni, les degrés de culpabilité sont « de bonne foi », « par négligence » et « délibéré ou inconsidéré » (cette dernière catégorie comprenant également tout comportement frauduleux) (3). Conformément au code de l'ABI, les décisions peuvent donner lieu à un paiement intégral, à un paiement proportionnel ou à un refus (avec annulation/invalidation du contrat).

D'autres marchés utilisent des définitions et degrés de classification de la culpabilité qui peuvent varier légèrement. Les gestionnaires sinistres doivent donc connaître les différents degrés et définitions juridiques propres à leur marché ainsi que les voies de recours appropriées. À cet égard, il convient de noter que, selon le Code de l'ABI, une fausse déclaration de bonne foi n'entraîne généralement pas de rejet de la demande

d'indemnisation, mais ce n'est pas nécessairement le cas dans toutes les juridictions et sur tous les marchés.

Matérialité

En général, les gestionnaires sinistres sont chargés d'évaluer la matérialité de la dissimulation ou fausse déclaration. Pour ce faire, il faut poser une question clé : si la dissimulation/fausse déclaration avait été constatée avant la souscription du contrat, celui-ci aurait-il été établi à l'identique ou de manière similaire ? Si la réponse est oui, une demande d'indemnisation par ailleurs valide sera généralement recevable. Si la réponse est non, il existe des recours. Une issue plus favorable pour le demandeur est également possible si la ou les dissimulations et/ou fausses informations n'ont entraîné qu'une modification mineure des conditions qui auraient autrement été proposées. Selon le Code de l'ABI, seules les majorations de prime de plus de 50 % sont considérées significatives. En dessous de ce seuil, une indemnisation proportionnelle est préférable à un refus complet. (1)

Causalité

Dans certaines juridictions, un autre point doit être vérifié en fonction du type de demande : existe-t-il un lien de causalité entre la fausse déclaration et la demande d'indemnisation ? Si la réponse est non, la demande peut être considérée recevable. La question du lien de causalité n'est toutefois pas pertinente sur tous les marchés ou tous les types de demandes. Les gestionnaires sinistres doivent donc bien comprendre cette notion afin de pouvoir l'appliquer le cas échéant.

Délais légaux

Bien que les demandes d'indemnisation doivent être traitées rapidement, il convient de noter que certains systèmes juridiques/marchés imposent des délais assez stricts (et parfois très courts). En Allemagne par exemple, au cours des cinq premières années du contrat, l'assureur dispose d'un délai d'un mois pour statuer sur certains types de fausses déclarations à partir du moment où celles-ci ont été constatées. (4) Comme on peut l'imaginer, ce délai peut s'avérer extrêmement court.

Ces délais sont applicables dans un certain nombre de situations : dans le cadre d'une demande d'indemnisation

classique ou d'un litige par exemple, il faut donc que les équipes soient bien formées et en mesure de les appliquer sur différents types de marchés.

Période de contestabilité

Dans de nombreuses juridictions et sur de nombreux marchés, les polices d'assurance vie comportent une période dite de contestabilité, qui est généralement de deux ans mais qui peut parfois être un peu plus courte ou plus longue. Au cours de cette période, l'assureur peut généralement mettre en œuvre toutes les démarches et recours en cas de fausse déclaration. Passé ce délai, toute demande d'indemnisation est généralement considérée incontestable (ou indiscutable) par l'assureur, tandis que les demandes d'indemnisation frauduleuses restent contestables. Sur les marchés appliquant des périodes de contestabilité, une plus grande attention peut être portée au processus de tarification afin d'éviter ce type de scénario. D'autres méthodes de contrôle du risque peuvent également être envisagées : vérifications après émission du contrat, ou hypothèses appropriées en matière de tarification.

Tarification et termes des contrats

Des produits et un processus de tarification rigoureux facilitent le traitement des demandes d'indemnisation. Une rédaction vague ou imprécise aura généralement une incidence sur la prise de décision en cas de demande, mais pourra être au moins partiellement compensée par d'autres mesures, telles que les exclusions générales. Bien entendu, des erreurs ou des formulations erronées peuvent en revanche affecter l'issue d'une demande.

Informations non demandées

Si des informations qui pourraient en principe être obtenues ont fait l'objet d'une renonciation volontaire au stade de la tarification, une demande d'indemnisation est considérée incontestable si elle est en lien avec les informations en question. Par exemple, si lors du processus de souscription aucune question n'a été posée concernant la pratique d'activités sportives dangereuses, une demande d'indemnisation suite à un accident de deltaplane impliquant un pilote amateur de deltaplane sera difficile à contester (à moins que cette activité dangereuse ne soit effectivement exclue dans les conditions générales).

Ambiguïté

Les termes des contrats et d'autres documents tels que les questionnaires doivent être aussi exhaustifs et clairs que possible afin de ne laisser place à aucune ambiguïté.

À titre d'exemple, observez l'illustration ci-dessous (figure 2) et comptez les marches.

Fig. 2 : Ambiguïté – combien de marches voyez-vous ?



Selon vous, combien de marches compte l'illustration ci-dessus ? Cinq ? Sept ? En cas de litige, une telle ambiguïté aura tendance à faire pencher la balance du côté du demandeur, c'est-à-dire en défaveur de la partie ayant rédigé le contrat, dans notre cas l'assureur. Ce principe juridique, qui s'applique à de nombreux marchés et contextes différents, porte également le nom de « contra proferentem ».

Autres éléments à prendre en compte

Bien entendu, bien d'autres éléments sont à prendre en compte lors du traitement d'une demande d'indemnisation et peuvent nécessiter des recherches complémentaires, telles que la remise en vigueur de la police, des causes de décès suspectes ou non naturelles, etc. Une attention particulière doit également être accordée à la collecte d'informations relatives à la demande, à la vérification de l'identité du ou des bénéficiaires ainsi qu'aux éventuelles voies de résolution des litiges.

Les demandes d'indemnisation doivent toujours être traitées à la lumière des réglementations légales et des pratiques des marchés et des pays concernés.

Néanmoins, la plupart de ces éléments se recoupe d'un point de vue général et de principe

Conclusion

Cet article présente certains des principaux éléments à prendre en compte en matière de traitement des demandes d'indemnisation. Bien entendu, les demandes doivent toujours être traitées à la lumière des réglementations légales et des pratiques des marchés et des pays concernés. Des différences peuvent même exister au sein d'un même pays, d'une région à l'autre. Toutefois, la plupart de ces éléments se recoupe d'un point de vue général et de principe.

Le traitement des demandes d'indemnisation est l'une des principales fonctions nécessaires à la bonne gestion des portefeuilles d'assurance. Compte tenu de la complexité croissante des produits proposés, il peut en outre s'avérer assez difficile de naviguer efficacement et en toute sécurité à différents niveaux de processus.

Pour prendre une décision éclairée et pondérée concernant l'obligation contractuelle relative à une demande d'indemnisation donnée, les gestionnaires sinistres doivent être formés et expérimentés afin de pouvoir répondre aux besoins de l'assureur comme de l'assuré, de manière équitable et transparente. Une évaluation rigoureuse de la demande conduira à un examen objectif de toutes les informations pertinentes et facilitera la prise de décision.

De manière générale, l'objectif doit être de respecter les obligations contractuelles de la police, et d'assurer le paiement des indemnités valides et recevables, et d'identifier toute demande non recevable le cas échéant.

Auteur



Dr. Heinrich Duhme
Médecin-conseil senior
Tel. + 49 511 5604 1609
heinrich.duhme@hannover-re.com



Suivez-nous sur **LinkedIn** pour vous tenir au courant des dernières actualités en matière d'assurance vie et santé.

Références

(1) Association of British Insurers, Misrepresentation and Treating Customers Fairly, ABI Code of Practice, Managing Claims For Individual and Group Life, Critical Illness and Income Protection Insurance Products (Sept. 2019) accessible: <https://www.abi.org.uk/globalassets/files/publications/public/prot%20ction/abi-code-practice-on-misrepresentation-and-claims-sept-2019.pdf>

(2) Consumer Insurance (Disclosure and Representations) Act 2012 (CIDRA 2012) accessible: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/6/contents>

(3) Insurance Act 2015 Explanatory Notes, Section 8: Remedies of breach accessible: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2015/4/notes/division/5/2/7?view=plain#:~:text=An%20insured%20will%20have%20acted%20recklessly%20if%20it%20%20did%20not,definition%20echoes%20that%20in%20CIDRA%20.>

(4) §19 and § 21 German Versicherungsvertragsgesetz (VVG) accessible: https://www.gesetze-im-internet.de/vvg_2008/

Les informations contenues dans le présent document ne constituent en aucun cas des conseils professionnels de nature juridique, comptable, fiscale ou autre. Bien que Hannover Rück SE se soit efforcée de présenter dans ce document des informations qu'elle juge fiables, complètes et actualisées, la société n'émet aucune déclaration ou garantie, explicite ou implicite, concernant l'exactitude, le caractère complet ou l'actualité de ces informations. Par conséquent, Hannover Rück SE et ses filiales, administrateurs, dirigeants ou collaborateurs ne seront en aucun cas tenus responsables à l'égard de qui que ce soit concernant toute décision ou mesure prise à la lumière des informations fournies dans ce document ou concernant tous dommages qui y seraient liés.

© Hannover Rück SE. Tous droits réservés. Hannover Re est la marque de service déposée de Hannover Rück SE.



Consultez hr | equarium pour accéder gratuitement et facilement aux solutions numériques à valeur ajoutée des innovateurs en matière d'assurance du monde entier.

Profitez de notre réseau

Nous célébrons le troisième anniversaire de hr | equarium, notre showroom virtuel révolutionnaire consacré à l'insurtech, qui présente aux compagnies d'assurance les toutes dernières innovations numériques. Depuis son lancement, hr | equarium n'a cessé de se développer. Pour marquer l'occasion, nous l'ouvrons à tous, sans obligation d'inscription.

hr | equarium est désormais en accès libre et ouvert à tous :

www.equarium.com



hr | equarium
Insurtech innovation pool

www.hannover-re.com