

Étude sur les garanties de l'assurance emprunteur

2022

Rapport réalisé par Actélior et Minalea
pour le Comité consultatif du secteur financier

Aucune représentation ou reproduction, même partielle, autre que celles prévues à l'article L. 122-5 2° et 3° a) du Code de la propriété intellectuelle ne peut être faite de la présente publication sans l'autorisation expresse du Secrétariat général du Comité consultatif du secteur financier ou, le cas échéant, sans le respect des modalités prévues à l'article L. 122-10 dudit Code.

© Secrétariat général
du Comité consultatif
du secteur financier – 2022

Étude sur les garanties de l'assurance emprunteur

2022

Cette étude, décidée et lancée en janvier 2022, se place dans la continuité des travaux menés ces dernières années sur l'assurance emprunteur des prêts immobiliers par le Comité consultatif du secteur financier (CCSF), lesquels ont mis en évidence les difficultés pour le consommateur à comprendre et maîtriser la nature ainsi que l'étendue des garanties choisies. Réalisée avant le vote de la loi Lemoine, cette étude a pour objectif de réaliser une photographie complète et représentative des garanties existant sur le marché de l'assurance emprunteur des prêts immobiliers avant la mise en place de la loi.

L'assurance emprunteur, qui s'inscrit dans le cadre de la souscription d'un crédit, couvre les risques de non-remboursement du prêt en cas de survenance de certains aléas de la vie tels que le décès, l'invalidité ou l'incapacité de travail de l'assuré, et représente ainsi une sécurité à la fois pour l'assuré et pour le prêteur.

Or, si l'assurance emprunteur est encadrée par une réglementation très riche, elle est pourtant difficile à appréhender. La complexité du produit réside principalement dans les définitions des couvertures ou des exclusions, qui, étudiées dans le détail, ne sont ni simples, ni évidentes et qui masquent souvent des différences de couvertures importantes – différences dont l'assuré ne prend conscience qu'au moment où un sinistre survient et que la prise en charge lui est refusée ou réduite.

Si la concurrence entre les acteurs du marché a permis de faire baisser les tarifs de l'assurance emprunteur pour les particuliers, il est important de veiller d'une part à ce que cette baisse ne se fasse pas au détriment des couvertures proposées et, d'autre part, à ce que l'assuré ait conscience des conséquences de ses choix. Compte tenu de l'importance du montant des dettes immobilières, le consommateur ne peut pas prendre le risque de se voir refuser ou réduire une indemnisation. Il doit choisir l'assurance la moins chère mais à garanties suffisantes.

Le choix d'une assurance emprunteur est donc un acte qui mérite une attention particulière, tant dans la sélection du produit en lui-même que dans celle des options et couvertures facultatives associées.

Préambule	3
1 Contexte de l'étude	7
1.1 Cadre des travaux	8
1.2 Représentativité de l'étude	8
2 Principes généraux des garanties emprunteur	11
2.1 Le fonctionnement des contrats emprunteur	12
2.2 Les garanties en assurance emprunteur	13
Les garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie	13
Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité	14
La garantie perte d'emploi	15
2.3 L'importance de la déclaration des risques	15
Une fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat...	15
... et une négligence non intentionnelle entraîne la réduction de la prestation...	16
... mais des garanties et des tarifs intangibles sur toute la durée du prêt	16
2.4 Le changement des habitudes de vie en cours de prêt ne modifie pas la portée des garanties	16
2.5 La notion d'aggravation du risque	18
3 Analyse des garanties	19
3.1 La garantie accident, une interprétation parfois étonnante	20
Les définitions de l'accident souvent très restrictives	20
3.2 Des définitions fumeur/non-fumeur très variables	22
3.3 La notion de territorialité	22
3.4 La perte totale et irréversible d'autonomie : des définitions très variables	23

3.5	L'incapacité temporaire de travail et l'invalidité : des couvertures porteuses d'une complexité réelle	24
	Le type de prestation : à quel niveau êtes-vous réellement couvert ?	24
	La durée de franchise : un délai qui peut différer grandement l'indemnisation	25
	La rechute : une situation complexe dont les conséquences ne sont pas anodines	25
	La durée de prise en charge en incapacité de travail : un « trou dans la raquette » ?	26
	L'invalidité : une reconnaissance complexe	26
4	Les exclusions de garanties en assurance emprunteur	29
4.1	Prise en compte de l'état d'ivresse	30
4.2	Prise en compte de la consommation de psychotropes	32
4.3	Les pathologies dorsales et psychologiques : des exclusions pouvant être rachetées	33
	Principe de couverture	33
	Des niveaux de couverture très variables	34
4.4	Les pratiques sportives : des exclusions pouvant aussi être rachetées	36
	Principe de couverture	36
	Les sports couverts et exclus dans les contrats alternatifs	37
	Annexe : liste des contrats étudiés	41

1

Contexte de l'étude

1.1 Cadre des travaux

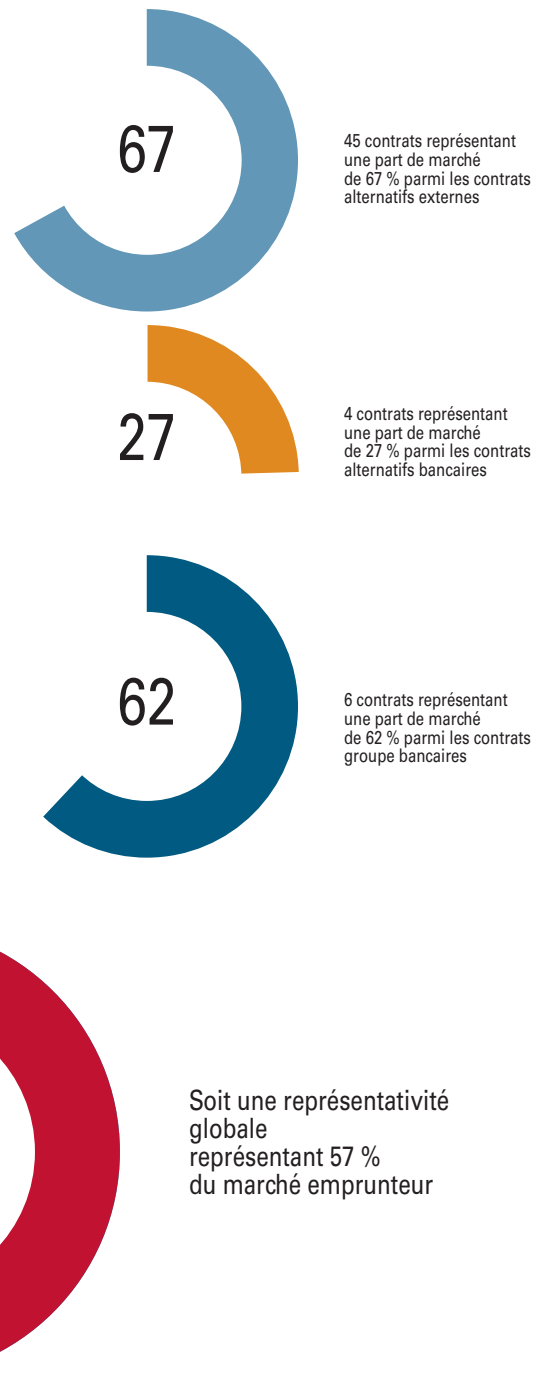
Le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) a confié à Actélior et Minalea une étude des garanties emprunteur proposées sur un panel élargi de contrats groupe bancaires et alternatifs – internes et externes. L'objet de cette analyse est d'identifier les principales différences existant entre les conditions de garanties sur le marché, avant l'entrée en vigueur de la loi Lemoine.

1.2 Représentativité de l'étude

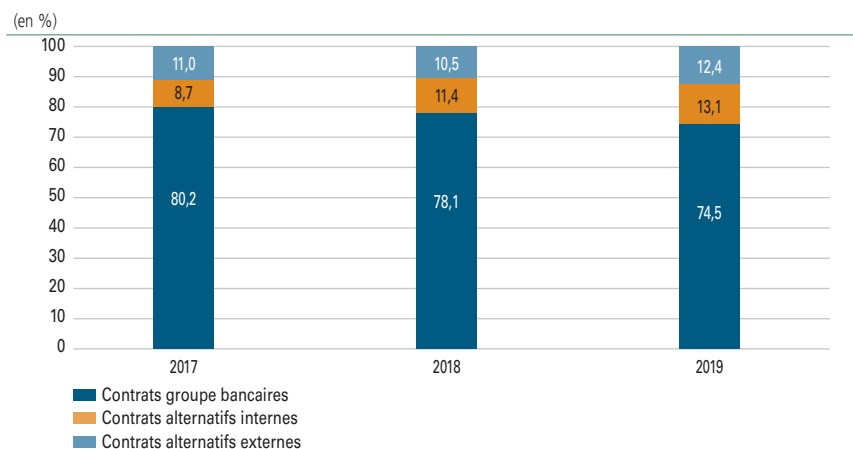
L'étude s'appuie sur l'analyse des conditions générales de 55 contrats proposés par les principaux assureurs du marché (voir page 12 « 2.1 Le fonctionnement des contrats emprunteur »), existant dans la base de données que s'est constituée la société Minalea, c'est-à-dire :

- 45 contrats alternatifs externes, soit 221 offres analysées;
- 6 contrats groupe bancaires, soit 22 offres analysées;
- 4 contrats alternatifs internes, soit 14 offres analysées.

G1 Représentativité de l'étude



G2 Répartition des ventes en assurance emprunteur



Source : Données collectées dans le cadre de l'enquête sur l'assurance emprunteur effectuée par Actélior pour le CCSF en 2020, données du questionnaire banques/bancassureurs.

Note : Graphique fondé sur les données statistiques transmises par huit réseaux bancaires sur les neuf qui ont participé à cette étude, représentant 97 % des volumes de crédit (96 % des contrats groupe, 99 % des contrats alternatifs internes).

Les offres correspondent aux formules d'assurance proposées par le contrat, par exemple : « décès + perte totale et irréversible d'autonomie » ou « décès + perte totale et irréversible d'autonomie + invalidité permanente partielle + incapacité temporaire de travail ».

Les pourcentages affichés dans cette étude se réfèrent soit au nombre de contrats (pour les critères généraux), soit au nombre d'offres (pour les garanties spécifiques).

2

Principes généraux des garanties emprunteur

2.1 Le fonctionnement des contrats emprunteur

Les conditions générales des contrats d'assurance emprunteur présentent les informations essentielles qui déterminent les droits et devoirs des assureurs et des assurés.

En particulier, elles décrivent les conditions d'intervention de l'assurance, c'est-à-dire :

- les modalités de prise en charge des couvertures ;
- les garanties couvertes : risques assurés, conditions et niveaux de prise en charge et limites ;
- les exclusions de garantie.

Le marché emprunteur s'articule autour de trois types de contrats :

- les **contrats groupe bancaires**, souscrits par les établissements de crédit auprès d'assureurs partenaires, très souvent membres du même groupe bancaire. Leur objet est de proposer une couverture d'assurance emprunteur aux souscripteurs de crédit auprès de l'établissement bancaire partenaire ;
- les **contrats alternatifs externes**, proposés par des assureurs en général indépendants des groupes bancaires, et dont l'objet est de fournir une alternative à la garantie emprunteur de la banque. Ces contrats sont construits pour satisfaire aux critères d'équivalence exigés par un maximum d'établissements de crédit et, pour cela intègrent le plus souvent un grand nombre d'options pouvant être

activées en fonction des exigences bancaires et des besoins de l'assuré ;

- les **contrats alternatifs bancaires**, négociés toujours par les établissements de crédit auprès d'assureurs partenaires, dont l'objectif est, pour la banque, de proposer une solution d'assurance complémentaire similaire à celle des assureurs indépendants. En cela, ils sont construits sur la base de garanties modulaires et d'options pouvant être activées en fonction des besoins de l'assuré et des garanties proposées par les contrats alternatifs concurrents.

Dans le cadre de ce marché organisé autour de trois types de contrats, la souscription d'un contrat d'assurance emprunteur est réalisée en quatre étapes :

- **étape 1** : analyse par l'assuré ou son conseil des caractéristiques générales du contrat, et en particulier de la définition des garanties, des exclusions et des exclusions rachetables proposées ;
- **étape 2** : sélection par l'assuré ou son conseil des couvertures et options éventuelles, permettant, pour les contrats offrant cette possibilité, une modulation des couvertures en fonction des contraintes d'équivalence et des besoins de l'assuré : franchises, couverture des affections dorso-psychologiques, etc. ;
- **étape 3** : tarification, fondée sur les critères retenus par l'assureur, tels que l'âge, la catégorie socioprofessionnelle et le type d'activité exercée, certaines habitudes de vie (fumeur/non-fumeur), avec les surprimes éventuelles liées à la couverture, pour certains contrats, d'activités ou de sports exclus des conditions générales mais pouvant faire l'objet d'un rachat de couverture ;

- **étape 4** : sélection médicale ¹ selon la grille de sélection retenue par l'assureur, pouvant conduire à la mise en place par l'assureur de surprimes mais aussi de certaines restrictions et exclusions, conséquences de l'état de santé de l'assuré.

Ce processus diffère donc fortement d'une situation à l'autre, en fonction du type de contrat et des caractéristiques et du niveau de modularité retenu par l'assureur.

L'exercice du devoir de conseil revêt ainsi une importance particulière, que ce soit pour le choix du contrat, la définition des garanties ou encore la validation de la couverture des sports et activités à risque exercés par l'assuré au moment de la souscription.

Les contrats alternatifs, s'appuyant sur une approche « sur mesure », proposent des tarifications plus fortement segmentées. Ces critères de segmentation tarifaire, sans impact toutefois sur les couvertures, s'appuient, lors de l'étape 3, outre sur l'âge et le caractère fumeur/non-fumeur, sur l'identification de risques professionnels spécifiques : travail en hauteur, port de charges lourdes, déplacements professionnels, etc.

2.2

Les garanties en assurance emprunteur

Le contrat d'assurance emprunteur représente, pour l'établissement prêteur, un élément important de la solvabilité de l'opération de crédit. Il vise, au bénéfice de l'établissement de crédit, à proposer à l'emprunteur des garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), et incapacité – invalidité, ceci sur l'ensemble de la durée

du prêt. L'importance de ces garanties emprunteur est reconnue par le législateur via la capacité pour le prêteur d'exiger la souscription d'une garantie emprunteur, et a été à l'origine de la notion d'équivalence du niveau de garanties (Avis du CCSF du 13 janvier 2015 sur l'équivalence du niveau de garantie en assurance emprunteur).

Les garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie

La garantie décès est systématiquement exigée par les établissements prêteurs et présente sur l'ensemble des contrats d'assurance emprunteur, en général associée à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), qui correspond peu ou prou à un niveau d'invalidité de 3^e catégorie de la Sécurité sociale, c'est-à-dire nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour la réalisation des actes quotidiens de la vie, sans toutefois s'adosser à une décision de la Sécurité sociale.

Les garanties décès et PTIA prévoient, en cas de sinistre, le remboursement anticipé au prêteur de la quotité assurée du solde restant dû du prêt.

Ces contrats comportent des garanties décès et PTIA imputables à des accidents ou des maladies et ces couvertures peuvent faire l'objet d'un certain nombre d'exclusions suite à la sélection médicale appliquée à l'assuré, ou en

¹ Depuis le 1^{er} juin 2022 pour les nouveaux prêts souscrits et à partir du 1^{er} septembre 2022 pour l'ensemble des nouveaux contrats, la sélection médicale est abandonnée pour les prêts dont le montant assuré cumulé est inférieur à 200 000 euros par individu, et l'âge au terme inférieur à 60 ans. C'est dans le cadre de la sélection médicale que s'inscrit le « droit à l'oubli » de la Convention AERAS (« S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé »).

raison de risques que l'assureur ne veut pas couvrir, quel que soit l'assuré.

Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité

Les garanties invalidité permanente et totale (IPT), incapacité temporaire de travail (ITT) et invalidité permanente partielle (IPP) prévoient, quant à elles, la prise en charge de la quotité assurée des mensualités de crédit ou, plus rarement, pour l'IPT, le remboursement au prêteur du solde restant dû du prêt en cas d'altération grave de l'état physique de l'assuré.



La notion de garantie toutes causes ou de couverture maladie et accident n'est pas systématiquement et clairement abordée dans les contrats d'assurance emprunteur étudiés.

84 % des contrats groupe et 100 % des contrats alternatifs étudiés ne mentionnent pas explicitement le terme « toutes causes » dans les conditions générales. Par ailleurs, l'utilisation du terme « **maladie** » dans les définitions des garanties invalidité et incapacité de travail n'est pas systématique. Elle est reprise :

- pour 66 % des offres alternatives externes, 75 % des offres groupe bancaires et 100 % des offres alternatives internes contenant la garantie invalidité permanente partielle (IPP) ;
- et dans 60 % des offres alternatives externes et 100 % des offres groupe bancaires ou alternatives internes contenant la garantie incapacité temporaire de travail (ITT).

À l'instar des garanties décès et PTIA, les garanties IPT, ITT et IPP envisagent à la base une couverture « toutes causes », bien que non systématiquement mentionnée explicitement, dans des conditions définies dans les conditions générales et particulières des contrats d'assurance emprunteur. Ces conditions peuvent différer de manière significative d'un contrat à l'autre, en particulier dans la définition de l'invalidité.

- La garantie incapacité temporaire de travail (ITT) intervient après une période de franchise² définie au contrat, et pendant une période maximum d'arrêt de travail au-delà de laquelle, en général, l'invalidité prend le relais.
- La garantie invalidité (IPT) se fonde sur une notion d'incapacité totale et définitive de se livrer à tout travail. Elle est en général définie en croisant incapacité professionnelle et incapacité fonctionnelle, et s'appuie sur une table spécifique mentionnée au contrat.



Bon à savoir

À l'image de ce qui est observé pour les garanties décès et PTIA, les conditions générales des contrats définissent un certain nombre d'exclusions pour les garanties IPT, ITT et IPP, auxquelles peuvent s'ajouter des restrictions, exclusions partielles ou totales, exigées par l'assureur suite au processus de sélection médicale. En cas d'exclusion, il est important de vérifier si la garantie invalidité spécifique prévue par la convention AERAS peut éventuellement prendre le relais pour offrir une garantie minimale pour l'assuré.

² Période en début d'arrêt durant laquelle l'assuré ne perçoit aucune indemnisation de la part de l'assureur.

Les garanties incapacité et invalidité sont présentes sur environ 70 % des contrats, en fonction du type d'opération objet du prêt – par exemple, elles ne sont pas souvent exigées pour les investissements locatifs – ou de la situation professionnelle de l'assuré –, les retraités étant exclusivement couverts pour les garanties décès et PTIA.

La garantie perte d'emploi

Enfin, la garantie perte d'emploi est nettement moins courante sur le marché, car hormis une caisse régionale d'une banque, les établissements de crédit n'exigent pas cette garantie. Les offres existent cependant sur le marché et prévoient, en cas de licenciement, la prise en charge de tout ou partie des mensualités de crédit pour une durée souvent limitée, prévue au contrat.

Au titre des garanties décès et PTIA, mais aussi incapacité et invalidité, le niveau de couverture est en général très satisfaisant. Cependant, les déclarations et garanties souscrites au moment de l'adhésion, ainsi que le nombre et la portée des restrictions et exclusions mentionnées au contrat peuvent conduire à des différences significatives.

2.3

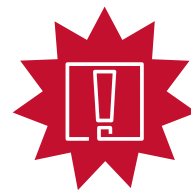
L'importance de la déclaration des risques

La déclaration des risques auxquels est soumis l'assuré est effectuée au moment de l'adhésion, dans le cadre des processus de souscription administrative et médicale.

Réaliser une déclaration parfaite est crucial pour bénéficier de l'ensemble des garanties tout au long de son contrat.

Une fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du contrat...

Cette déclaration des risques permet à l'assureur de décider à la fois de son acceptabilité de la demande d'adhésion, c'est-à-dire du niveau de risque relatif au profil du candidat, mais aussi du niveau tarifaire associé. Cette question se pose en particulier au moment de la sélection médicale. Bien remplir le questionnaire médical sans fausse déclaration ni omission est donc particulièrement important. En effet, selon les termes de l'article L. 113-8 du Code des assurances, « le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts ».



En cas de fausse déclaration intentionnelle, identifiée par l'assureur au moment du sinistre, non seulement l'assuré ou ses ayants droits ne bénéficieront d'aucune indemnisation, mais l'ensemble des primes versées seront conservées par l'assureur.

... et une négligence non intentionnelle entraîne la réduction de la prestation...

Si, au moment de la souscription, l'assuré a déclaré de manière incorrecte et involontaire certains éléments relatifs à la tarification du risque tels que l'état de santé, la catégorie socioprofessionnelle ou ses activités, éléments correspondant à des critères de tarification de l'assureur (travail en hauteur, kilomètres parcourus, port de charges lourdes...), l'article L. 113-9 du Code des assurances peut s'appliquer : « L'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés ».

Compte tenu des écarts tarifaires observés pour un même assureur selon les profils de souscripteurs, et de l'importance de chaque critère sur le risque assuré, la réduction proportionnelle de prestation, en assurance emprunteur, peut représenter des montants significatifs, et conduire à une sous-indemnisation forte de l'assuré et de ses bénéficiaires.

... mais des garanties et des tarifs intangibles sur toute la durée du prêt

Une fois la souscription passée, le cadre des garanties est fixé : en dehors des cas mentionnés précédemment, l'assureur ne peut revenir sur ce qui a été accepté. Cette déclaration doit donc être complète et traitée avec attention, chaque point fondé et justifié.

Ce qui est accepté le reste sur toute la durée du prêt, ce qui est exclu également.

La tentation de négliger ou laisser de côté certains éléments au moment de la souscription, afin d'obtenir de meilleures

conditions tarifaires, est à proscrire. Dans ce cas, le risque serait important de voir, au moment du sinistre et de l'analyse systématique menée par l'assureur, les garanties revues à la baisse, voire la prise en charge refusée.

2.4 Le changement des habitudes de vie en cours de prêt ne modifie pas la portée des garanties

Les garanties d'assurance emprunteur sont exigées par le prêteur en couverture du prêt souscrit. Elles sont ainsi, par nature, définies au moment de la souscription et, le cas échéant, suite au processus de sélection médicale, et valables jusqu'au terme du crédit.

Si l'assuré dispose d'un droit de résiliation à tout moment de son contrat d'assurance emprunteur, sous réserve, bien entendu, de la souscription d'un contrat présentant des garanties équivalentes au précédent, il n'en est pas de même pour l'assureur, dont les conditions de résiliation sont extrêmement limitées.

Selon l'article L. 113-12-2 du Code des assurances – dernier alinéa : « Pendant toute la durée du contrat d'assurance et par dérogation à l'article L. 113-4, l'assureur ne peut pas résilier ce contrat d'assurance pour cause d'aggravation du risque, sauf dans certaines conditions définies par décret en Conseil d'État résultant d'un changement de comportement volontaire de l'assuré ».

L'article R113-13 du Code des assurances précise ainsi que « En application du troisième alinéa de l'article L. 113-12-2, l'assureur ne peut résilier, pour cause d'aggravation du

risque, le contrat d'assurance souscrit dans le cadre d'un contrat de crédit mentionné au 1° de l'article L. 313-1 du Code de la consommation, que si les conditions suivantes sont réunies :

1. L'assuré pratique régulièrement une nouvelle activité sportive présentant un risque particulier pour sa santé ou sa sécurité, et figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de l'Économie ;
2. L'exercice de cette nouvelle activité conduit à rendre inexacts ou caduques les réponses faites par l'assuré en réponse aux questions relatives à sa pratique sportive posées par l'assureur lors de la conclusion du contrat, en application des dispositions du 2° de l'article L. 113-2 ;
3. L'assuré n'a pas déclaré cette nouvelle activité dans les conditions et délais définis au 3° du même article L. 113-2 ».

En l'absence de publication de l'arrêté, l'article L. 113-12-2 n'est pas applicable et le contrat n'est pas résiliable.

Par ailleurs, selon l'article L. 313-29 2° du Code de la consommation, « Toute modification apportée ultérieurement à la définition des risques garantis, aux modalités de la mise en jeu de l'assurance ou à la tarification du contrat est inopposable à l'emprunteur qui n'y a pas donné son acceptation ».

Ainsi, le jeu combiné des articles L. 113-12-2 du Code des assurances et L. 313-29 du Code de la consommation ne permet pas à l'assureur d'opposer l'aggravation du risque qui n'aurait pas été déclaré comme justificatif de non prise en charge d'un sinistre, si le contrat ne restreignait pas la couverture à la souscription.



Bon à savoir

Les évolutions de l'état de santé de l'assuré, son évolution professionnelle ou les éventuels changements de ses habitudes de vie en cours de contrat n'entraînent aucune modification des conditions d'assurance définies au moment de la souscription initiale du contrat.

Dans les faits, le seul motif de résiliation à l'initiative de l'organisme assureur est donc le non-paiement des primes, ceci dans le cadre réglementaire de gestion des impayés.



En revanche, selon les contrats, les restrictions de garantie ou exclusions peuvent être plus ou moins importantes et, en cas d'évolution des habitudes de vie, telles que, par exemple, des pratiques sportives exclues au contrat, une modification des conditions particulières définies au moment de la souscription peut être nécessaire, si les exclusions ont été indiquées comme rachetables dans le contrat.

La possibilité éventuelle de racheter certaines des exclusions envisagées, qui plus est en cours de vie du contrat, varie d'un acteur à l'autre.

2.5 La notion d'aggravation du risque

De manière générale, pour un contrat d'assurance, l'aggravation du risque, constatée avant le sinistre, entraîne la mise en œuvre de l'article L. 113-4 du Code des assurances, c'est-à-dire une augmentation de la prime ou dénonciation du contrat. Cet article n'est pas applicable aux assurances en matière de crédit immobilier soumis à un droit spécial.



Bon à savoir

Une modification des risques garantis ou de la tarification est inopposable à l'emprunteur qui n'y a pas consenti. L'assureur ne peut donc pas augmenter le tarif de l'assurance emprunteur d'un prêt immobilier ou modifier les garanties sans l'accord exprès et préalable de l'assuré.

En pratique, l'organisme assureur est engagé de la souscription au terme du crédit sur des conditions de couverture et un tarif, et ne bénéficie, à périmètre de garanties égal, d'aucune possibilité de modification de ces éléments.

En cas d'amélioration du risque, que ce soit par abandon de certains sports ou activités ou suite à l'amélioration de son état de santé, l'assuré peut, à l'inverse, demander la révision des conditions de son contrat et la réduction du tarif associé ou, si ceci n'est pas possible, procéder à une substitution de son contrat d'assurance.

3

Analyse des garanties

Chaque assureur dispose d'une grande liberté dans la définition des garanties et des critères de tarification, ceci dans les contraintes du marché relatives à la qualité des contrats souscrits et aux critères d'équivalence du niveau de garantie.

La définition des garanties a une incidence directe sur l'étendue, voire la qualité des garanties. Les différences parfois significatives qui peuvent être observées entre les contrats conduisent à une hétérogénéité dans les couvertures, et pour le candidat à l'assurance, l'importance de ces différences est difficile à percevoir.

3.1 La garantie accident, une interprétation parfois étonnante

Comme indiqué précédemment, les contrats d'assurance emprunteur immobiliers couvrent l'assuré, notamment en cas de décès, invalidité ou incapacité découlant d'une maladie ou d'un accident. Ainsi, l'élément déterminant de la couverture est la conséquence (décès, PTIA, ITT, ou IPT) de l'accident ou de la maladie, ce qui correspond à des garanties « toutes causes ».

Mais, suite au processus de sélection médicale, cette couverture peut faire l'objet d'exclusions partielles et, dans certains cas, pour les couvertures ITT et IPT, l'assuré peut se retrouver sans couverture en cas de « maladie » et avoir uniquement une couverture en cas d'« accident ».

En complément, certains contrats peuvent offrir une garantie supplémentaire : couverture du décès accidentel survenu pendant la période d'accomplissement des formalités médicales et jusqu'à l'entrée en vigueur du contrat,

c'est-à-dire le plus souvent à la signature de l'offre de prêt ou au déblocage des fonds.

Les définitions de l'accident souvent très restrictives

La couverture accidentelle seule est aujourd'hui peu fréquente en assurance emprunteur. Néanmoins, dans ces situations, la décision d'indemnisation s'appuie sur la définition de la garantie figurant dans la notice d'information ou dans les courriers informant l'assuré de l'exclusion retenue à l'adhésion.

Or, si le dictionnaire *Larousse*, donne une définition large de l'accident – « événement fortuit qui a des effets plus ou moins dommageables pour les personnes ou pour les choses » –, il n'en va pas de même dans la plupart des contrats d'assurance.



La définition de l'accident, souvent reprise dans le paragraphe introductif en tête de contrat, délimite expressément le cadre de la couverture proposée. Ces définitions, lorsqu'elles sont présentes dans les contrats, utilisent des terminologies peu compréhensibles par le lecteur non averti ou qui peuvent être mal interprétées, et qui, dans la pratique, s'avèrent particulièrement restrictives.

Par exemple, « On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure ».

Les définitions de l'accident introduisent les notions de :

- cause extérieure ;
- caractère « imprévisible », « soudain et brutal » de l'évènement ;
- certains contrats précisent même que l'accident doit résulter « directement et exclusivement » d'une cause extérieure.

La cause extérieure est traditionnellement définie de façon négative : elle s'oppose aux causes internes dues à l'état physique de l'assuré. Ainsi, pour que la cause du dommage soit une cause extérieure, l'assuré ne doit notamment pas présenter de prédispositions pathologiques.

La cause ne doit également pas être du fait de l'assuré, même si l'acte ayant provoqué le sinistre n'a pas été provoqué de façon intentionnelle.

T1 Définitions de l'accident

(en %)

	Contrats alternatifs externes	Contrats groupe bancaires	Contrats alternatifs internes
« Élément imprévisible et cause extérieure »	55	100	50
« Cause extérieure » seule	13	0	25
Aucune définition de l'accident	24	0	25
Autres définitions	8	0	0

Source : Minalea.

Outre la « cause extérieure » – donc non provoquée par l'assuré –, le caractère imprévisible, soudain, voire brutal, s'entend de tout évènement qui se produit dans l'instant même et de manière inopinée.

Pour prendre un exemple concret : il a été constaté des réponses d'assureurs selon lesquelles une chute dans un escalier – du fait d'une inattention de l'assuré ou qui en aurait mal appréhendé la distance – n'est pas une « cause extérieure » et n'est pas « imprévisible » alors qu'une chute de tuile par grand vent correspond bien à une cause extérieure, imprévisible et soudaine.

Bien sûr, l'assureur peut retenir une interprétation plus large que la lecture stricte des conditions écrites au contrat et décider de prendre en charge le sinistre.

Ainsi, la garantie du contrat n'est mobilisable qu'à condition que l'évènement à l'origine du dommage présente bien ces caractéristiques et la décision d'indemnisation s'appuie sur la définition de la garantie prévue au contrat. Son application peut conduire à des accords mais aussi à des refus de prise charge par les assureurs concernés.

Ces définitions restrictives se retrouvent dans les contrats d'assureurs de tous types : contrats groupe bancaires, contrats alternatifs internes ou externes.



Bon à savoir

L'assuré qui aurait choisi ou accepté sur proposition de l'assureur une couverture « accident » seule avec un contrat présentant une de ces définitions, peut se retrouver confronté, en cas de sinistre qu'il estime « accidentel » au sens commun du terme, à des difficultés d'indemnisation du fait d'une mauvaise compréhension de ce que recouvre la notion d'« accident » pour son assureur.

3.2 Des définitions fumeur/non-fumeur très variables

La question du statut fumeur/non-fumeur est devenue un critère de tarification classique en assurance emprunteur, en particulier pour les contrats alternatifs bancaires et externes. Malgré une notion de fumeur/non-fumeur à première vue relativement simple, les définitions retenues dans les contrats étudiés peuvent être relativement différentes d'un acteur à l'autre :

- pour 82 % des contrats concernés, un non-fumeur « n'a pas consommé de tabac ni de cigarettes électroniques au cours des 24 derniers mois » ;
- pour 12 % des contrats concernés, un non-fumeur « n'a pas consommé de tabac ni de cigarettes électroniques au cours des 12 derniers mois et n'a pas été contraint d'arrêter sur prescription médicale » ;
- pour 6 % des contrats concernés, un non-fumeur « n'a pas consommé de tabac ni de cigarettes électroniques au cours des 24 derniers mois, ou des 5 dernières années si cet arrêt a été effectué suite à une prescription médicale ».



Bon à savoir

Le respect de ces définitions au moment de la souscription est important, car cela peut entraîner une réduction proportionnelle de l'indemnité, ce qui, compte tenu de la forte différence entre les tarifs fumeur et non-fumeur, peut avoir un impact significatif sur le montant de prestation versé. Mais le fait de modifier son comportement ne sera pas un motif de changement du tarif *a posteriori*.

3.3 La notion de territorialité

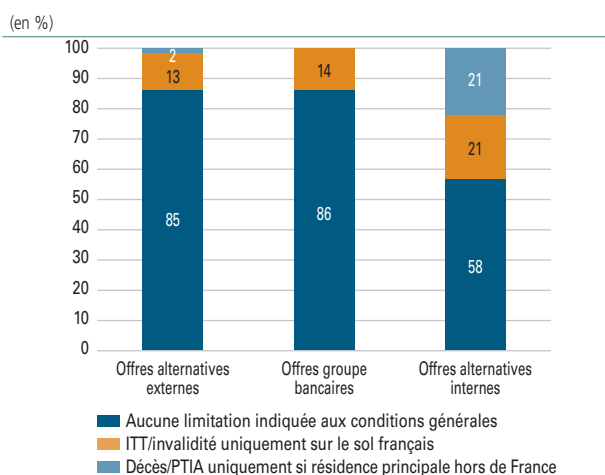
Pour l'assuré, la notion de territorialité vise à définir si, et dans quelles conditions, les garanties d'assurance emprunteur sont valables au-delà des frontières. Cette caractéristique est d'ailleurs définie au sein des critères d'équivalence de garanties par l'intermédiaire du « Maintien de la couverture en cas de déplacement dans le monde entier » :

- à titre personnel ;
- à titre professionnel ou humanitaire ».

Cet élément peut être envisagé par l'assureur, au sein des conditions générales, de manière différente pour les garanties décès/PTIA et incapacité/invalidité, et fait appel à deux approches complémentaires :

- le lieu de survenance de l'évènement

G3 Couverture des événements hors de France



Source : Minalea.

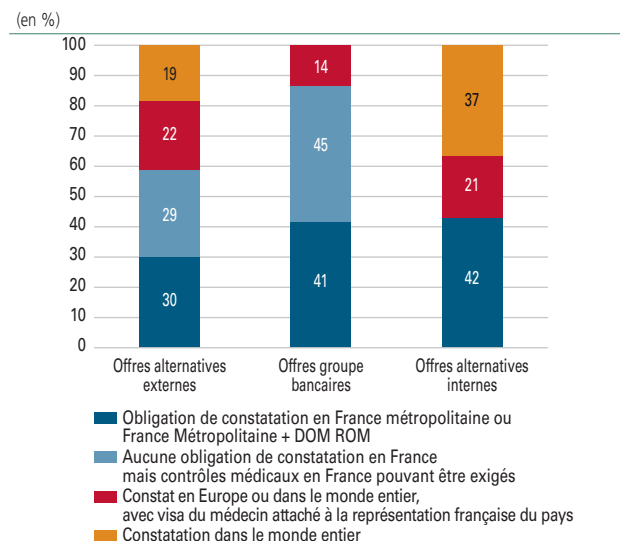
Pour ce qui est du lieu de survenance du sinistre, l'essentiel des offres, de manière relativement homogène, couvre les risques décès et incapacité/invalidité sans restriction de territorialité. Ceci est cohérent avec les critères d'équivalence fixés par les principaux réseaux bancaires ;

- le lieu de constatation du sinistre

Le lieu de constatation du sinistre matérialise la capacité pour un assuré en état d'invalidité, ou pour sa famille dans le cas d'un décès, de faire reconnaître son état dans un pays étranger³, où il peut résider par choix ou par contrainte, notamment en cas d'impossibilité de se déplacer.

Cette notion de lieu de constatation du sinistre, qui peut représenter une contrainte significative pour l'assuré, est un élément de forte hétérogénéité sur le marché.

G4 Lieu de constatation de l'invalidité



En ce qui concerne la garantie décès, le lieu de constatation en France ou auprès d'une représentation française n'est exigé que pour 27 % des offres groupe bancaires étudiés, et 44 % des offres alternatives. Dans les autres cas, aucune contrainte sur ce point n'est imposée contractuellement.

3.4 La perte totale et irréversible d'autonomie : des définitions très variables

La PTIA correspond à la notion d'invalidité de 3^e catégorie de la Sécurité sociale, c'est-à-dire nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour la réalisation des actes quotidiens de la vie, sans toutefois que la décision de la Sécurité sociale s'impose à l'assureur.

Si cette définition d'assistance d'une tierce personne pour la réalisation des actes quotidiens de la vie apparaît relativement simple, les conditions générales des contrats étudiés démontrent que la réalité est nettement plus complexe, et cache des niveaux de couverture potentiellement très différents.

- Pour la grande majorité des offres, la définition est l'« assistance d'une tierce personne pour effectuer les 4 actes de la vie ordinaire (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer) ».

Offres alternatives externes	Offres groupe bancaires	Offres alternatives internes
80 %	79 %	69 %

3 Éventuellement auprès d'un médecin attaché à la représentation française.

- La seconde définition majoritairement retenue est l'« assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 4 actes de la vie ordinaire (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer) ».

8%	21%	31%
Offres alternatives externes	Offres groupe bancaires	Offres alternatives internes

- Les autres définitions sont nettement moins utilisées et exclusivement sur des offres alternatives externes.

Invalidité fonctionnelle 100 % et, entre 60 et 70 ans, incapacité d'accomplir 4 actes de la vie quotidienne (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer)	7 % des offres alternatives externes
Assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 5 actes de la vie ordinaire (se lever, se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer)	2 % des offres alternatives externes
Assistance d'une tierce personne pour effectuer au moins 3 des 6 actes de la vie ordinaire (toilette, habillage, alimentation, continence, déplacements à l'intérieur, transferts)	2 % des offres alternatives externes
Inapte au travail	1 % des offres alternatives externes



Les termes « se lever », « se vêtir », « se nourrir » et « se déplacer » ne sont pas toujours explicités quant à leurs implications concrètes pour la personne et, quand ils le sont, peuvent être différents d'une offre à l'autre, amenant potentiellement à des prises en charge différentes.

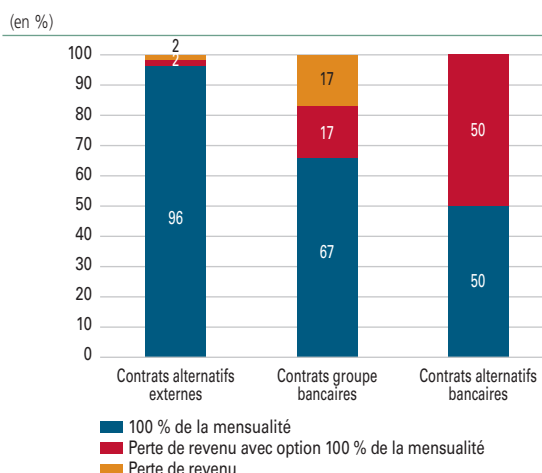
3.5 L'incapacité temporaire de travail et l'invalidité : des couvertures porteuses d'une complexité réelle

La couverture de l'incapacité temporaire de travail est définie de manière générale comme l'incapacité à exercer son activité professionnelle. Au-delà de cette définition, certains éléments peuvent conduire à des niveaux de couverture très variables, en particulier :

Le type de prestation : à quel niveau êtes-vous réellement couvert ?

Les contrats d'assurance emprunteur proposent, dans leur majorité, une prise en charge de la mensualité de crédit (ajustée à la quotité assurée), mais certains limitent cette prise en charge à la perte de revenu subie par l'assuré durant son arrêt de travail.

G5 Type de prestation ITT



Source : Minalea.



Dans les cas où la prestation est plafonnée à la perte de revenus, son versement est effectué à concurrence de la différence entre le salaire perçu avant son arrêt et la somme des prestations sociales et assurantielles (prévoyance collective, assurances diverses) perçues par l'assuré durant son arrêt.

Conséquence de cette définition contractuelle, le montant indemnisé, dans ce cas, est donc sensiblement inférieur à celui d'une prestation en mensualité voire, pour les assurés bénéficiant d'un maintien total de salaire dans le cadre de leur couverture de prévoyance d'entreprise, à une prestation potentiellement réduite à zéro ⁴. Le niveau de cette prestation est revu par l'assureur tout au long de la durée du sinistre en fonction des prestations sociales et assurantielles perçues par l'assuré.

La franchise : un délai qui peut différer grandement l'indemnisation

La franchise matérialise la durée d'incapacité temporaire de travail au-delà de laquelle la prise en charge débute. Pour la grande majorité des contrats, la franchise est de 90 jours, ce qui correspond à des durées moyennes de couverture pour les salariés (maintien de salaire total ou partiel par l'employeur) et les fonctionnaires (durée de maintien du plein traitement).

D'autres durées de franchises peuvent être souscrites : 30 jours, 60 jours, 120 jours voire 180 jours, avec un impact

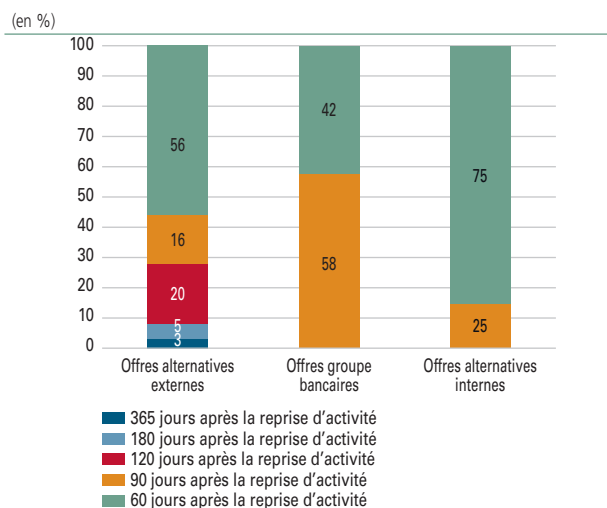
significatif sur le prix des garanties incapacité et invalidité (plus la franchise est courte, plus le prix est élevé), mais aussi avec une période sans indemnisation pouvant être relativement longue.

La rechute : une situation complexe dont les conséquences ne sont pas anodines

La notion de rechute correspond à la situation dans laquelle, après avoir repris normalement le travail dans des conditions habituelles, le travailleur retombe, à la suite de la même maladie ou du même accident, en incapacité de travail.

Les contrats d'assurance emprunteur prennent alors en considération une durée de rechute. Pendant cette

G6 Application d'un délai de franchise en cas de rechute en ITT



Source : Minalea.

⁴ Certains contrats proposent, en plus, un plancher de prestation égal à 50 % de la mensualité et garantissent ainsi, malgré la perte de revenu, un niveau d'indemnisation minimum.

période, le nouvel arrêt de travail est considéré comme la suite du précédent. Au-delà, la franchise est de nouveau appliquée.

Pour la majorité des offres, et quel que soit le type d'assureur, la durée de rechute est de 60 jours après la reprise d'activité. Mais celle-ci peut être nettement plus longue.

La durée de prise en charge en incapacité de travail : un « trou dans la raquette » ?

Pour la majorité des offres du marché, la durée d'un arrêt de travail est limitée à 1 095 jours. Cette définition correspond à celle de la Sécurité sociale, mais pas forcément à la réalité de chacun :

- pour un salarié, le classement en invalidité n'est possible qu'après stabilisation de son état, c'est-à-dire dès lors que

cette invalidité peut être considérée comme permanente et définitive. Il est fréquent que cette décision ne puisse pas être prise après 3 ans d'arrêt mais nécessite un délai supérieur ;

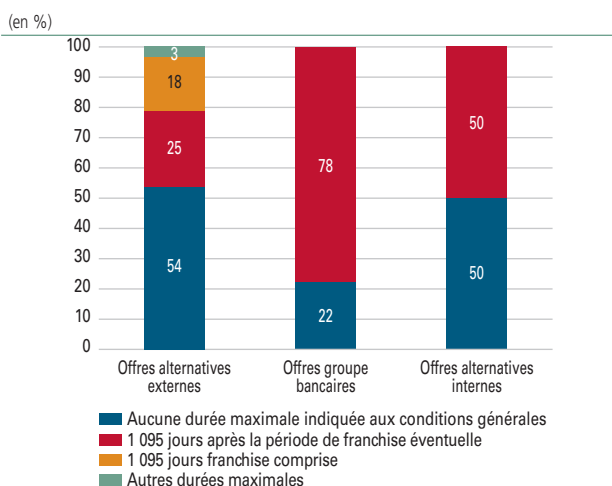
- pour les fonctionnaires, le dispositif d'arrêt de travail prévoit successivement la maladie ordinaire (12 mois), la longue maladie (24 mois) et la longue durée (24 mois), c'est-à-dire, dans certains cas, une couverture pouvant s'étendre jusqu'à 5 ans avant classement éventuel en invalidité.

En cas de limite d'indemnisation à 1 095 jours, selon les termes de l'offre, ces situations pourraient conduire à une suspension de la prise en charge entre 1 095 jours et la date de classement en invalidité.

L'invalidité : une reconnaissance complexe

Les problématiques liées à la couverture « invalidité » ont fait l'objet d'une recommandation du CCSF le 12 octobre 2021. Celle-ci faisait suite à la remontée de

G7 Durée maximale de prise en charge en cas d'ITT



Source : Minalea.



Tous les contrats précisent que la décision d'indemnisation et la reconnaissance éventuelle d'une invalidité s'appuient exclusivement sur la décision du médecin conseil de l'assureur en fonction des clauses du contrat d'assurance et non sur la décision de la Sécurité sociale qui ne s'impose pas à l'assureur.

difficultés récurrentes liées aux différences existant entre la définition et la reconnaissance de l'invalidité de 2^e catégorie par la Sécurité sociale et l'analyse qui en est faite par les médecins conseils des assureurs.

Les critères d'évaluation de l'invalidité sont en effet définis au sein de chaque contrat d'assurance et indépendants de

ceux de la Sécurité sociale et de tout organisme similaire. Ce point fait donc aujourd'hui l'objet d'une information spécifique au sein des contrats et des fiches standardisées d'information. Il souligne en particulier que ces contrats ne sont pas identiques et que le niveau de couverture de l'invalidité peut varier de manière significative d'un contrat à l'autre.

4

Les exclusions de garanties en assurance emprunteur

À l'image des autres produits d'assurance, les contrats d'assurance emprunteur prévoient des exclusions, dont l'objectif est de limiter l'exposition au risque de l'assureur face à des situations ou des événements présentant une dangerosité telle que le caractère aléatoire du risque est fortement altéré.



Bon à savoir

Au moment de l'indemnisation, le constat d'une absence de couverture souscrite par l'assuré pour le risque survenu est fréquent. Au-delà, les motifs de refus ou une réduction de garantie portent essentiellement sur d'éventuelles omissions ou une fausse déclaration dans le questionnaire de santé demandé à l'adhésion, ou sur des exclusions de garanties issues de la sélection médicale (conditions particulières de couverture) ou prévues par le contrat : pratiques à risque tels que les risques aériens (acrobaties, vols sur prototypes, raids aériens, etc.), consommation de stupéfiants, etc.

Ces dernières exclusions peuvent présenter des différences significatives d'un produit à l'autre et représentent un critère majeur d'analyse de la qualité du contrat d'assurance emprunteur.

Les exclusions de garantie les plus largement utilisées concernent les conséquences de guerres, insurrections, rixes ou conséquences d'accidents nucléaires. Elles sont reprises :

- par l'ensemble des contrats groupe bancaires ;

- mais par seulement 92 % des contrats alternatifs externes pour ce qui est de la garantie décès (80 % pour la garantie invalidité) ;

- et par 75 % des contrats alternatifs bancaires, et ce pour ces deux garanties.

D'autres exclusions existent par ailleurs.

4.1 Prise en compte de l'état d'ivresse

La prise en compte des conséquences d'un état d'ivresse en assurance emprunteur s'appuie sur trois niveaux de garanties :

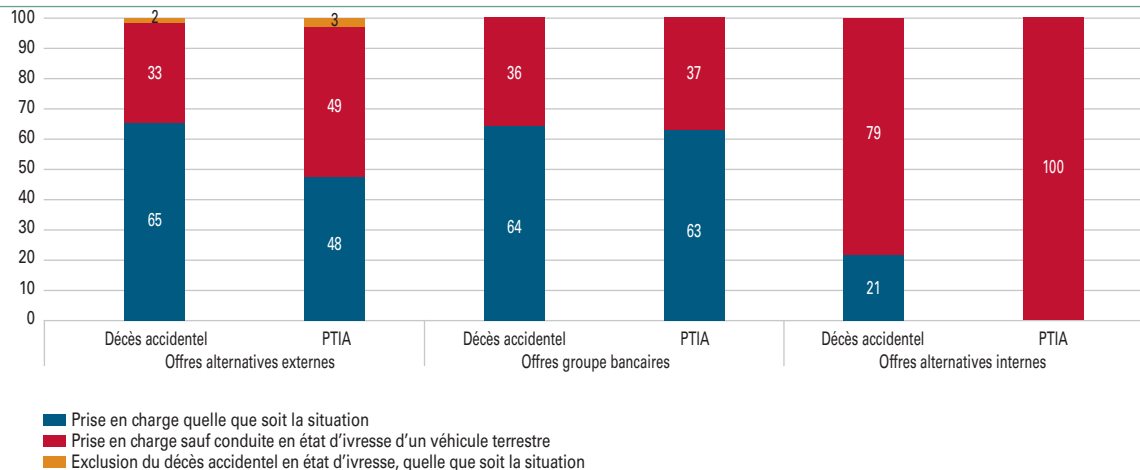
- une absence totale d'exclusion, c'est-à-dire une couverture sans restriction ;
- une exclusion limitée à la situation de conduite en état d'ivresse ;
- une exclusion totale des conséquences de l'état d'ivresse.

La majorité des offres, quelle que soit leur origine (offre groupe bancaire ou offre alternative), ne prévoit aucune exclusion de prise en charge en cas de sinistre sous l'emprise de l'alcool, surtout en cas de décès et PTIA.

Parmi les offres qui prévoient une restriction de garantie, pour les garanties décès, PTIA et ITT, la majorité limite cette exclusion aux situations de conduite d'un véhicule terrestre à moteur. Les exclusions de l'état alcoolique sont en revanche plus larges en cas d'invalidité.

G8 Couverture du décès accidentel et de la PTIA en état d'ivresse

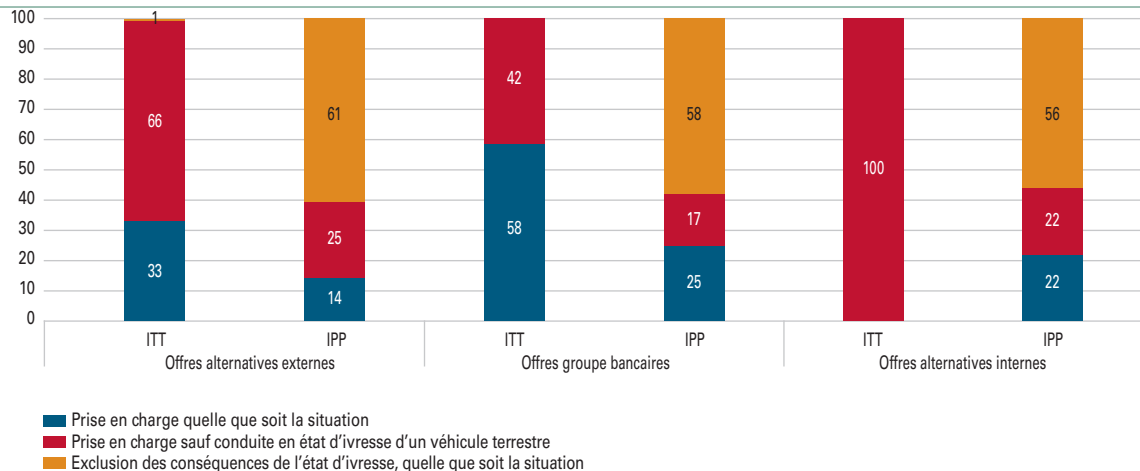
(en %)



Source : Minalea.

G9 Couverture de l'ITT et de l'IPP en état d'ivresse

(en %)



Source : Minalea.



Si la couverture des conséquences de l'alcoolémie sont relativement bien couvertes en cas de décès, le niveau de couverture se réduit de manière significative pour les garanties incapacité et invalidité.

Au-delà des suites d'un état alcoolique, 29 % des offres alternatives externes et 17 % des offres groupe bancaires excluent également, au titre de l'ITT, les conséquences d'un alcoolisme aigu.

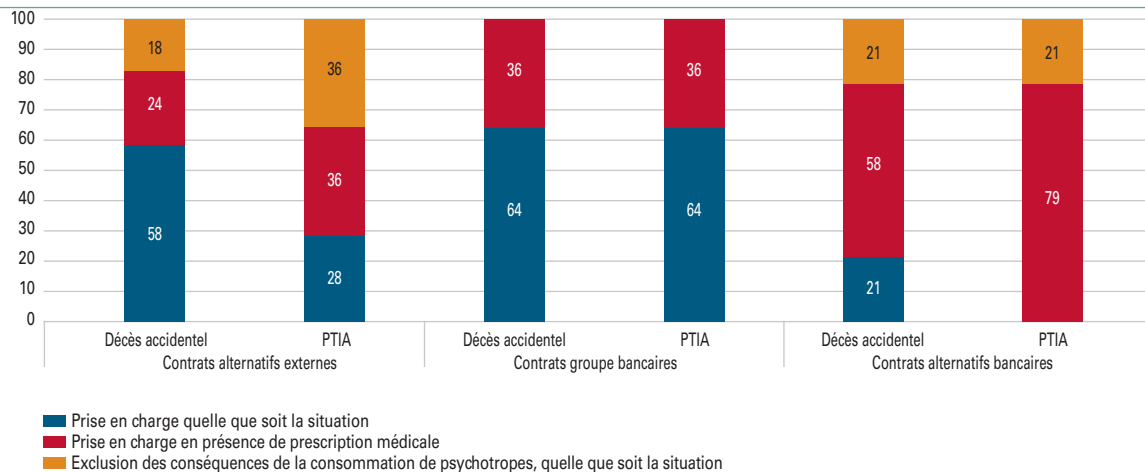
4.2 Prise en compte de la consommation de psychotropes

La prise en compte des conséquences de la consommation de psychotropes en assurance emprunteur s'appuie également sur trois niveaux de garanties :

- une absence totale d'exclusion, c'est-à-dire une couverture sans restriction ;
- une prise en charge limitée à une consommation sur prescription médicale ;
- une exclusion totale des conséquences de la consommation de psychotropes.

G10 Couverture du décès accidentel et de la PTIA sous l'emprise de psychotropes

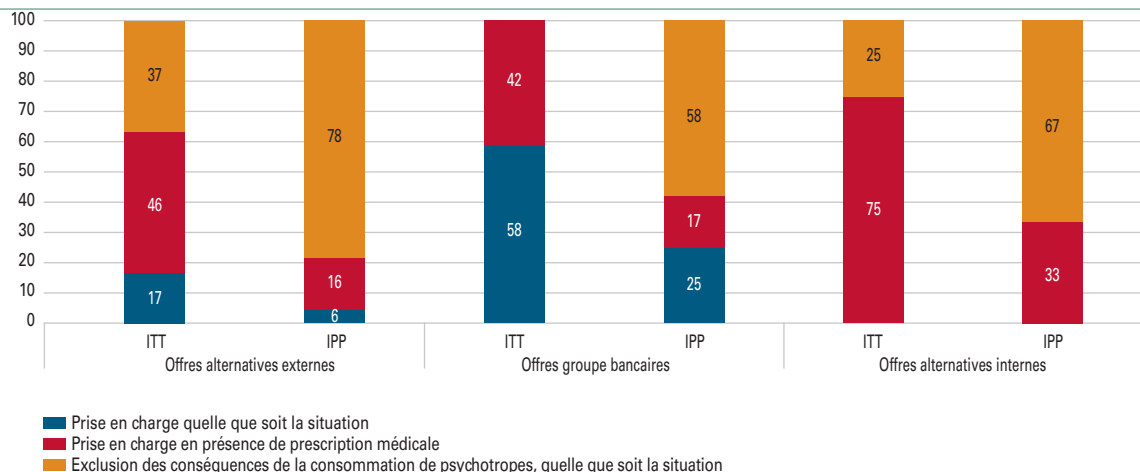
(en %)



Source : Minalea.

G11 Couverture de l'ITT et de l'IPP sous l'emprise de psychotropes

(en %)



Source : Minalea.



L'exclusion des conséquences de la prise de psychotropes est courante, en particulier au titre des garanties incapacité et invalidité, notamment sur les offres alternatives pour lesquelles cette exclusion est nettement plus présente que pour les offres groupe bancaires.

4.3 Les pathologies dorsales et psychologiques : des exclusions pouvant être rachetées

Les pathologies dorsales et psychologiques font l'objet d'un traitement particulier sur le marché, avec la mise en place d'exclusions à géométrie très variable d'un contrat à l'autre. Elles ont historiquement été à l'origine de nombreux sinistres en assurance emprunteur et sont considérées comme un motif majeur d'« antisélection ». L'expression « antisélection » est utilisée dans les situations où les assurés disposent d'une information dont l'assureur n'a pas connaissance.

Principe de couverture

La prise en charge des conséquences des pathologies dorsales et psychologiques est reprise au sein des critères

d'équivalence du niveau de garantie, qui proposent quatre niveaux de couverture différents :

- une prise en charge sans restriction ;
- une prise en charge en cas d'intervention chirurgicale (pour les maux de dos) ou d'une hospitalisation dont la durée fixée au contrat est inférieure à 10 jours ;
- une prise en charge en cas d'intervention chirurgicale (pour les maux de dos) ou d'une hospitalisation dont la durée fixée au contrat est supérieure à 10 jours ;
- une exclusion totale de garantie.

La majorité des contrats alternatifs, afin de s'ajuster aux demandes de chacune des banques, prévoient une exclusion totale des garanties contrebalancée par des options permettant d'augmenter le niveau de couverture pouvant aller jusqu'à une prise en charge sans restriction. De leur côté, les contrats groupe bancaires ne prévoient qu'un seul niveau de couverture sans option possible, mais affichent des niveaux de garanties très variables d'un contrat à l'autre.

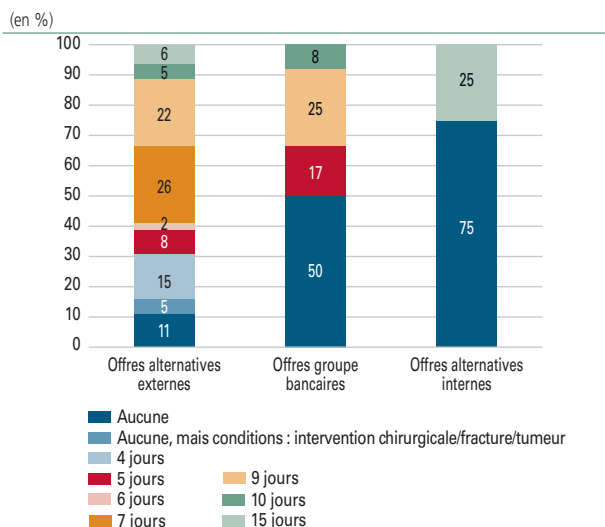
Des niveaux de couverture très variables



Bon à savoir

Les offres alternatives externes proposent ainsi une grande variété en termes de durée minimale d'hospitalisation pour affections dorsales, souvent complétées par des options visant à racheter ces exclusions et à réduire ces délais.

G12 Durée d'hospitalisation minimale en ITT-affections dorsales



Source : Minalea.

Ne devant s'adapter qu'à un seul réseau bancaire, les offres groupe bancaires et alternatives bancaires n'ont pas besoin d'options en termes de durée minimale d'hospitalisation pour les affections dorsales et présentent, de ce fait, une plus grande homogénéité. Pour la majorité de ces offres, les affections dorsales sont couvertes sans restriction.

Par ailleurs, certaines offres fixent une durée de franchise minimale de 90 jours en cas d'affections dorsales ou psychologiques.

La liste des affections dorsales présentes dans les contrats d'assurance emprunteur est très technique et peut être très différente d'un contrat à l'autre, et plus ou moins favorable à l'assuré, comme le montrent les définitions figurant dans les contrats étudiés (contrats alternatifs essentiellement, les contrats groupe ne proposant que marginalement des exclusions pour maux de dos) :

- les affections du rachis dorsolombaire (lombalgies, sciatiques, lumbago, hernie discale) ;

- les affections disco-vertébrales et/ou paravertébrales (y compris hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie) ;
- les affections disco-vertébrales et/ou paravertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale) ;
- les pathologies rachidiennes non traumatiques et non tumorales ;
- les affections rachidiennes, atteintes discales ou vertébrales, des lombalgies, sciatiques, hernies discales, dorsalgies, cervicalgies, sacro-coxalgies, cruralgie, névralgies cervico-brachiales ;
- les pathologies relatives à l'axe rachidien, paravertébrales, disco-vertébrales ou dorsolombaires et leurs suites et conséquences, de lumbago, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales, hernies discales ;
- affections disco-vertébrales ou paravertébrales concernant le rachis cervical, dorsal, lombaire ou sacré, lumbagos, lombalgies, sciatiques, cruralgies, radiculalgies, cervicalgies, dorsalgies, névralgies cervico-brachiales (NCB), hernies discales, protrusions discales et coccygodynies ;
- les atteintes vertébrales et/ou discales et/ou radiculaires (lumbago, lombalgie, sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie) ;
- les atteintes discales et/ou vertébrales et/ou radiculaires ;
- les affections du rachis (par exemple et de façon non limitative : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbagos, hernies discales, sciatiques) ;
- les affections disco-vertébrales (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques, hernies discales) ;
- les atteintes vertébrales ou discales ou radiculaires (lumbago, lombalgie, sciatique, sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, y compris les atteintes nerveuses périphériques) ;
- les atteintes discales et/ou vertébrales ;
- les affections ostéoarticulaires et périarticulaires de la colonne vertébrale, ainsi que leurs suites et conséquences.

Une telle diversité d'exclusions est préjudiciable à la comparabilité des offres pour l'emprunteur.



Dans son arrêt rendu le 17 juin 2021 ⁵, la 2^e chambre civile de la Cour de cassation a rappelé que l'article L. 113-1 du Code des assurances impose que les exclusions de garantie soient formelles et limitées. En l'espèce, une clause d'exclusion de garantie, dès lors qu'elle mentionne « et autre "mal de dos" » n'est pas considérée comme formelle et limitée et ne peut être appliquée. Ceci signifie que, en présence d'une telle mention, l'ensemble de la clause est considérée comme nulle et toute pathologie dorsale, y compris celles explicitement citées dans cette clause d'exclusion, sera indemnisée.

⁵ Pourvoi n° 19-24.467.

Les exclusions des pathologies psychologiques, quant à elles, ciblent – pour la majorité des contrats ayant cette exclusion, mais de manière plus ou moins explicite –, la prise en charge des conséquences du burn-out et du harcèlement professionnel, ou encore de la fibromyalgie et de la fatigue chronique.

4.4 Les pratiques sportives : des exclusions pouvant aussi être rachetées

Principe de couverture

Les contrats d'assurance emprunteur, de fait, prévoient la couverture de tous les sports, sauf ceux formellement exclus et ceux explicitement rachetables.

Les pratiques dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation sont généralement couvertes.

L'étendue de ces exclusions est ainsi très variable d'un acteur à l'autre et constitue un critère de différenciation majeur entre les contrats :

- les exclusions des sports dits « à risque » n'existent pas (ou quasiment pas) dans les contrats groupe bancaires, qui bénéficient dans ce cadre d'une très forte mutualisation ;
- dans le cadre des contrats alternatifs, certains sports sont exclus de la prise en charge au contrat, mais ces pratiques sportives peuvent être couvertes moyennant surprime sur demande de l'assuré à l'adhésion, voire en cours de vie du

produit (il s'agit de la notion de « sports inclus si déclarés » dans les tableaux – voir plus loin). Le contrat et sa tarification de base sont fondés sur une vision restrictive des garanties, et sont ensuite aménagés en fonction des éléments déclarés par le candidat à l'assurance.

Ce point est donc à surveiller attentivement au moment du choix d'un contrat d'assurance emprunteur, afin de bénéficier d'une couverture adaptée à ses pratiques sportives.



Le mode de fonctionnement actuel de l'assurance emprunteur impose une analyse fine des risques et garanties à la souscription.

Cette analyse n'est plus renouvelée au cours de la vie du contrat et ne prévoit pas les éventuels changements d'habitudes de vie ou de sport de l'assuré.

En cas d'exclusions sur la pratique de certains sports, mentionnées comme rachetables et afin de bénéficier d'une couverture adaptée à sa situation personnelle, en cas de changements dans les sports qu'il pratique, l'assuré doit déclarer ces modifications et faire évoluer son contrat.

La liste de sports concernés est très large et extrêmement variable d'un contrat à l'autre. Elle peut identifier des sports réputés dangereux, mais également d'autres nettement plus communs.

Les sports couverts et exclus dans les contrats alternatifs

La liste des sports mentionnés dans les contrats sélectionnés comporte plus de 300 sports, avec des rédactions spécifiques à chaque assureur. À des fins d'analyse, cette liste a été arbitrairement restreinte aux sports dont la pratique en amateur est la plus fréquente, à l'exclusion des sports pratiqués en compétition, des sports extrêmes ainsi que des sports aériens et/ou mécaniques, tous ceux-ci étant généralement exclus de la couverture dans les contrats, tant alternatifs que groupe bancaires.



Par ailleurs, les définitions des sports et le cadre des exclusions de leur pratique ne sont pas identiques d'un contrat à l'autre. Certaines définitions des sports peuvent ainsi être interprétables, telle que l'alpinisme. Cette situation peut s'avérer préjudiciable à l'assuré qui pourrait voir sa pratique sportive exclue des couvertures et donc les conséquences d'un éventuel accident non couvertes.

T2 Garantie décès : les sports exclus ou couverts selon le type de contrat

(en %)

	Contrats alternatifs externes			Contrats alternatifs internes		
	Sport exclu	Sport couvert si déclaré	Sport couvert	Sport exclu	Sport couvert si déclaré	Sport couvert
Alpinisme	4	25	71	0	7	93
Boxe	0	18	82	0	7	93
Boxe américaine (full contact)	0	20	80	0	7	93
Boxe anglaise	0	18	82	0	7	93
Boxe birmane (lethwei)	0	18	82	0	7	93
Boxe française (savate)	0	18	82	0	7	93
Boxe thaïlandaise	0	18	82	0	7	93
Canoë-kayak	0	4	96	0	0	100
Canyonisme	2	20	78	0	7	93
Concours complet	4	15	81	0	7	93
Escalade glaciaire	4	25	71	0	2	98
Escalade sportive	4	23	73	0	2	98
Escalade sportive (niveau 6 et au-delà)	4	25	71	0	2	98
Escrime	0	9	91	0	7	93
Karaté	0	6	94	0	4	96
Kiteski	0	13	87	0	4	96
Kitesnow	0	11	89	0	2	98
Kitesurf	2	16	82	0	0	100
Lutte	0	18	82	0	7	93
Motonautisme	4	52	44	0	9	91
Patinage artistique	0	7	93	0	2	98
Planche à voile	0	2	98	0	0	100
Plongée sous-marine	2	9	89	0	4	96
Plongée sous-marine (à plus de 20 mètres)	2	29	69	0	4	96
Plongée sous-marine (à plus de 40 mètres)	2	29	69	0	7	93
Rafting	0	15	85	0	4	96
Raid nature	2	7	91	0	0	100
Ski alpinisme	4	20	76	0	7	93
Ski de fond	0	4	96	0	2	98
Ski freestyle	0	18	82	0	7	93
Ski nautique	2	4	94	0	0	100
Ski ou snowboard hors pistes	0	22	78	0	9	91
Ski télémark	0	11	89	0	7	93
Spéléologie	0	27	73	0	9	91
Sport hippique	0	4	96	0	2	98
Sports équestres (équitation)	0	20	80	0	4	96
Surf	0	2	98	0	0	100
Trekking, randonnées en montagne (plus de 3 000 mètres)	4	29	67	0	7	93
Ultra-trail	0	7	93	0	0	100
Vélo tout terrain	0	2	98	0	0	100
Vélo tout terrain descente ou compétition	0	9	91	0	2	98
Voile (moins de 20 miles des côtes)	0	7	93	0	0	100

Source : Minalea.

T3 Garantie invalidité : les sports exclus ou couverts selon le type de contrat

(en %)

	Contrats alternatifs externes			Contrats alternatifs internes		
	Sport exclu	Sport couvert si déclaré	Sport couvert	Sport exclu	Sport couvert si déclaré	Sport couvert
Alpinisme	7	53	40	2	4	94
Boxe	0	45	55	0	7	93
Boxe américaine (full contact)	2	51	47	0	7	93
Boxe anglaise	0	53	47	0	7	93
Boxe birmane (lethwei)	0	53	47	0	7	93
Boxe française (savate)	0	53	47	0	7	93
Boxe thaïlandaise	0	53	47	0	7	93
Canoë-kayak	0	4	96	0	7	93
Canyonisme	2	40	58	2	7	91
Concours complet	4	24	72	0	7	93
Escalade glaciaire	4	36	60	2	2	96
Escalade sportive	4	36	60	2	2	96
Escalade sportive (niveau 6 et au-delà)	4	36	60	2	2	96
Escrime	0	29	71	0	7	93
Karaté	0	6	94	0	4	96
Kiteski	0	16	84	0	4	96
Kitesnow	0	13	87	0	2	98
Kitesurf	2	31	67	0	2	98
Lutte	0	38	62	0	7	93
Motonautisme	11	60	29	0	7	93
Patinage artistique	0	9	91	0	2	98
Planche à voile	0	2	98	0	0	100
Plongée sous-marine	2	18	80	0	0	100
Plongée sous-marine (à plus de 20 mètres)	2	51	47	0	0	100
Plongée sous-marine (à plus de 40 mètres)	2	60	38	0	0	100
Rafting	0	35	65	0	0	100
Raid nature	4	2	94	0	0	100
Rugby à XIII	0	4	96	0	0	100
Rugby à XV	0	4	96	0	0	100
Ski alpinisme	4	35	61	0	0	100
Ski de fond	0	7	93	0	0	100
Ski freestyle	0	31	69	0	0	100
Ski nautique	2	4	94	0	0	100
Ski ou snowboard hors pistes	2	35	63	0	0	100
Ski télémark	0	16	84	0	0	100
Spéléologie	0	4	96	0	0	100
Sport hippique	0	60	40	0	0	100
Sports équestres (équitation)	0	9	91	0	0	100
Surf	2	37	61	0	0	100
Trekking, randonnées en montagne (plus de 3 000 mètres)	4	56	40	0	0	100
Triathlon	0	2	98	0	0	100
Ultra-trail	0	7	93	0	0	100
Vélo tout terrain	0	2	98	0	0	100
Vélo tout terrain descente ou compétition	0	11	89	0	0	100
Voile (moins de 20 miles des côtes)	0	13	87	0	0	100

Source : Minalea.

T4 Garantie incapacité de travail : les sports exclus ou couverts selon le type de contrat

(en %)

	Contrats alternatifs externes			Contrats alternatifs internes		
	Sport exclu	Sport couvert si déclaré	Sport couvert	Sport exclu	Sport couvert si déclaré	Sport couvert
Alpinisme	7	53	40	2	4	94
Boxe	0	47	53	0	7	93
Boxe américaine (full contact)	2	54	44	0	7	93
Boxe anglaise	0	56	44	0	7	93
Boxe birmane (lethwei)	0	56	44	0	7	93
Boxe française (savate)	0	56	44	0	7	93
Boxe thaïlandaise	0	56	44	0	7	93
Canoë-kayak	0	4	96	0	0	100
Canyonisme	2	40	58	2	7	91
Concours complet	2	24	74	0	7	93
Escalade glaciaire	4	34	62	2	2	96
Escalade sportive	4	34	62	2	2	96
Escalade sportive (niveau 6 et au-delà)	4	34	62	2	2	96
Escrime	0	31	69	0	7	93
Karaté	0	9	91	0	4	96
Kiteski	0	18	82	0	4	96
Kitesnow	0	16	84	0	2	98
Kitesurf	2	33	65	0	0	100
Lutte	0	43	57	0	7	93
Motonautisme	11	62	27	0	7	93
Patinage artistique	0	9	91	0	2	98
Planche à voile	0	2	98	0	0	100
Plongée sous-marine	2	20	78	2	4	94
Plongée sous-marine (à plus de 20 mètres)	2	51	47	2	4	94
Plongée sous-marine (à plus de 40 mètres)	2	60	38	2	7	91
Rafting	0	33	67	0	4	96
Raid nature	2	9	89	0	0	100
Rugby à XIII	0	4	96	0	0	100
Rugby à XV	0	4	96	0	0	100
Ski alpinisme	4	38	58	2	4	94
Ski de fond	0	7	93	0	0	100
Ski freestyle	0	33	67	0	4	96
Ski nautique	2	4	94	2	0	98
Ski ou snowboard hors pistes	2	38	60	0	7	93
Ski télémark	0	18	82	0	4	96
Spéléologie	0	4	96	0	4	96
Sport hippique	0	62	38	2	7	91
Sports équestres (équitation)	0	9	91	0	2	98
Surf	2	37	61	0	4	96
Trekking, randonnées en montagne (plus de 3 000 mètres)	4	58	38	2	4	94
Triathlon	0	2	98	0	2	98
Ultra-trail	0	7	93	0	7	93
Vélo tout terrain	0	2	98	0	2	98
Vélo tout terrain descente ou compétition	0	13	87	0	2	98
Voile (moins de 20 miles des côtes)	0	16	84	0	16	84

Source : Minalea.

Annexe

Liste des contrats étudiés

Liste des contrats étudiés

Type de contrat	Références du contrat
Contrats groupe bancaires	BNP Paribas – Atout Emprunteur – 2456/654 – 06/2019
	Crédit Agricole – AssurReponse ImmoPE / 1001 01/2020
	La Banque Postale – CNP Effinance 2956N 12/2020
	Banque Populaire GNP – A340 G 06/2021
	Crédit Mutuel – ACM Vie – 16 52 38 – 10/2020
	Société Générale – DIT 90.197 et 98.001 – 11/2018
Type de contrat	Références du contrat
Contrats alternatifs internes	BNP Paribas – Alternative Emprunteur – AS2444 – 03/2020
	Banque Populaire – MNCAP – 441062 – 09/2021
	Banque Populaire – AXA – 4819 – v09/2021
	Banque Populaire – BPCE Vie – Normalis 124 407 – 01/2022
Type de contrat	Références du contrat
Contrats alternatifs externes	Allianz – Assurance Emprunteur contrat 5358 DPP 18–001 – COM17070 – V 07/2018
	MAIF – Assurance emprunteur NIAEM – 01/2021
	MAIF – Avantage emprunteur NIAVEM – 02/2021
	AXA – Masterlife Crédit Contrat n°5514–04 – W2A0002 – 06/2019
	Generali – Novita Emprunteur – Capital restant dû GV7997NIH – EMRA1120 – 11/2020
	Generali – 7270 DDP7270E – NI – 04/2021
	Generali Assurée Prêt – Generali DDP7301CRDA – NI – 10/2020
	Generali Hodeva 7305 – Generali 7305E – 04/2020
	Generali – UGIP N°7322 7322 – 07/2019
	Generali – Contrat 7341 DDP7341A – NI – 11/2019
	Generali – Contrat n° 7349 DDP7349A – NI – 10/2021
	Generali – 7270 CRD DDP7270CRDA–NI – 10/2020
	MMA – Assurance Emprunteur AS–2014–01 – 01/2021
	MAAF CBP – MAAF Toutes Garanties 01/2021
	GMF – Prêtiléa Contrat 11001 – 02/2021
	MACSF – Contrat groupe A 952 15 00 175 – 06/2020
	MACIF Securimut – MACIF – Garantie emprunteur GEM18050010 – 05/2018
	Axeria – April – Optimum+ Cotisations variables PRTV201120 – 02/2021
	Axeria – April – Optimum+ PRTC Cotisations Constantes PRTC201120 – 02/2021
	MNCAP – April – Assurance de prêt (Liberté +) LIBC LIBC210121 (18661) – 01/2021



Type de contrat	Références du contrat
Contrats alternatifs externes (suite)	April – Assurance de prêt Sérénité + (cotisations constantes) SRNC210121 – 01/2021
	April – Assurance de prêt Sérénité + (cotisations variables) SRNV210121 – 01/2021
	April – Assurance de prêt Flex (cotisations constantes) FLXC210221 – 02/2021
	April – Assurance de prêt Flex (cotisations variables) FLXV210221 – 02/2021
	SwissLife – Assurance des Emprunteurs L1050 12769 – L1050-3 – 07/2019
	BNP Paribas Cardif – Libertés Emprunteur (Cotisations fixes) 2827/736 – 01/2022
	BNP Paribas Cardif – Libertés Emprunteur (Cotisations variables) 2828/737 – 01/2022
	MetLife – SuperNovaterm Crédit CGSNC24 + MFL2011005 – 07/2021
	MetLife – SuperNovaterm crédit CGSNC18A – 05/2019
	AFI.ESCA – Pérénim NI PERENIM – 03/2020
	AFI ESCA – Perenim 101 Perenim CBP 101_NI_04/2020
	AFI-ESCA – Assurance de prêt Expatriés et Résidents hors de France ERHDF – NI – 03/2020
	AGIPI – ARC 3449-82 AGI 0006 – 06/2019
	AGIPI – AXA – ARC 3449/57 01/2010
	Digital Insure Naoassur – Suravenir Equivalence 2 – 5036-1 – 02/2021
	Groupe Pasteur Mutualité – AGMF-GPM – Couverture de Prêt A.PRET22.01 – 01/2022
	Malakoff Humanis – Protection Emprunteur 28603 – VG3500_2105 – 05/2021
	La Médicale Predica – La Médicale – Assurance Emprunteur 263 NIAE 4190 – 04/2018
	AGPM – Tého – Garantie Spéciale Prêt PVVM2-01 – 12/2021
	MNCAP Assurea – Alternative n° 1350 – MNCAP 06/2020
MNCAP – Emprunteur Pro N° 201808751006 – 05/2021	
MNCAP – Utwin Protection Emprunteur (CRD) 202105UTMNCRD-06 – 05/2021	
Oradea Vie – Iriade Emprunteur 90.247 D – 112. – 01/2022	
Prévoir Utwin – Protection Emprunteur 202007UTPR-03 – 07/2020	



Bon à savoir

Tous les Avis et recommandations du CCSF sont en ligne sur le site <https://www.ccsfin.fr/>

La Convention AERAS est en ligne sur le site <https://www.aeras-infos.fr/sites/aeras/accueil.html>

L'Étude sur les garanties de l'assurance emprunteur est en libre téléchargement sur le site internet du CCSF (<https://www.ccsfin.fr>).

Le CCSF se réserve le droit de suspendre le service de la diffusion et de restreindre le nombre de copies attribuées par personne.

Directrice de la publication

Corinne Dromer

Comité de rédaction

Philippe Raux, Nathalie Paillot-Muhlheim

Secrétaire de rédaction

Anne Carrère

Réalisation

Carine Otto

Contact

Secrétariat général du CCSF
Banque de France
S3D-1427
75049 Paris Cedex 01
ccsfin@banque-france.fr

Impression

Banque de France – SG – DISG

Dépôt légal

Décembre 2022
ISBN web : 978-2-11-172028-2
ISBN imprimeur : 978-2-11-172029-9

Internet

<https://www.ccsfin.fr>



Ce rapport a été préparé à la

