

Paris, le 16 décembre 2019

Communiqué de presse

Avis du CCSF sur la lisibilité des contrats d'assurance complémentaire santé

En 2018, à la demande du ministère de l'Économie et des Finances, le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) avait déjà mené des travaux avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) afin d'améliorer la lisibilité des garanties et assurer une bonne compréhension pour les assurés sur le choix des contrats. Comme il s'y était engagé dans son Avis du 19 juin 2018, le CCSF a assuré un suivi de la lisibilité et de la comparabilité des contrats d'assurance complémentaire santé.

À l'issue de la réunion plénière du 10 décembre 2019, le CCSF a adopté l'Avis suivant

- Le Comité se félicite de la signature par l'Unocam et les fédérations FNMF, FFA et CTIP, le 14 février 2019, en présence de la ministre de la Santé, d'un engagement pour une harmonisation des libellés des principaux postes de garanties, incluant des exemples communs en euros sur les actes et prestations les plus courants et/ou potentiellement reste à charge important et des outils pédagogiques visant à accompagner les assurés dans leur compréhension du système et leurs démarches.
- Sur la mise en œuvre de cet engagement, le Comité constate que l'accord a été effectivement traduit dans les engagements professionnels. Le collège des consommateurs regrette toutefois leur caractère non-constrignant.
- Le Comité constate l'élaboration d'exemples communs de remboursement en euros présentés par l'Unocam, pour les prospects, dès 2019, et pour l'ensemble des assurés et des adhérents en 2020, comme prévu dans l'engagement professionnel. Pour améliorer encore la comparabilité, le collège des consommateurs demande qu'un travail de normalisation de l'ordre de la liste des exemples de remboursement soit mené.
- Pour les garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement, le Comité invite les professionnels à développer autant que possible la communication aux assurés d'une estimation en euros du montant du remboursement, cette expression constituant l'information la plus lisible pour permettre aux consommateurs de réaliser un choix de couverture éclairé.
- Le Comité prend acte de l'annonce par les professionnels de la mise en conformité, dès janvier 2020, de tous les nouveaux contrats responsables et, d'ici à la fin 2020, de tous les contrats responsables à renouveler en cours d'année et reconnaît l'ampleur du chantier juridique et informatique qui en découle pour les organismes.
- Le Comité regrette, en revanche, que les professionnels n'aient pu aboutir à une expression harmonisée des remboursements, en choisissant soit le remboursement de l'assurance maladie obligatoire inclus, soit le remboursement de l'assurance maladie obligatoire exclu, ainsi que cela avait été demandé par le Comité dans son Avis du 19 juin 2018, ce qui aurait favorisé la comparabilité des

offres pour le consommateur. Cette absence d'harmonisation est d'autant plus regrettable qu'elle ne pourra pas être intégrée dans les chantiers informatiques en cours. Le Comité souhaite qu'un état des lieux des pratiques puisse être réalisé pour connaître la proportion des formulations remboursement assurance maladie inclus et remboursement de l'assurance maladie exclu, tant pour les contrats individuels que collectifs.

- Dans ce même souci de comparabilité, le Comité insiste sur le besoin d'une plus grande harmonisation des termes utilisés pour désigner des garanties semblables. Il réaffirme le besoin de poursuivre les travaux sur le glossaire, sur les modalités de son adoption rapide par les professionnels et propose de créer sous son égide un groupe de travail restreint pour travailler à cette harmonisation, incluant les terminologies des secteurs publics et privés¹.
- Afin de favoriser la visibilité de l'information pour le consommateur, le Comité invite les professionnels à rendre facilement accessibles les exemples de remboursement depuis leur site internet ou tout autre vecteur adapté, en plus de leur présence systématique dans les supports présentant les garanties.
- Le Comité appelle également les professionnels à accroître la lisibilité des informations données aux clients, notamment sur les délais de carence.
- Le Comité rappelle l'intérêt pour l'assuré de disposer en tout état de cause d'une information préalable sur le tarif appliqué et de bénéficier de devis avant tout engagement de sa part pour les frais de santé pouvant entraîner un reste à charge, étant précisé qu'il appartient aux professionnels de santé de délivrer cette information et de réaliser ce devis. La présentation systématique d'un devis pour les prothèses dentaires, les équipements d'optique et les aides auditives est prévue par la réforme « 100 % santé ».
- Le Comité examinera les résultats de la première enquête menée auprès des organismes attendus pour janvier 2020 et assurera le suivi de la mise en œuvre du dispositif.

Le CCSF démarrera dès février 2020, les travaux sur le glossaire pour une meilleure compréhension des garanties ainsi que sur une normalisation de l'ordre de la liste des exemples de remboursement, afin d'améliorer la comparabilité des contrats.

Pour consulter l'Avis, rendez-vous sur le site internet du CCSF <https://www.ccsfin.fr>

Le CCSF est une instance de concertation, créée par la loi, et chargée de proposer des mesures destinées à améliorer les relations entre les établissements financiers et leurs clients. Les représentants des entreprises du secteur financier (banques, assurances, sociétés financières) et de leurs clientèles y siègent à parité. Des personnalités qualifiées, des parlementaires et des représentants des organisations syndicales complètent sa composition.

**Contact presse : Anne Carrère, responsable de la Communication et des Affaires publiques.
Tél : 01.42.92.25.09**

¹ Ce qui justifie d'associer, outre les représentants des organismes complémentaires santé, des représentants de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, des professionnels de santé, etc.