

Aviva – AFER Europe

Mémoire concernant les demandes administratives

Rédaction

Bernard Poncé
Ligne Bleue srl
Avenue du Parc 8 – 5004 Bouge

081/733534 – 0494/725753
info@lignebleue.biz – www.lignebleue.biz

Achevé le 28 janvier 2020, actualisé le 24 mars 2021.

Avertissement

Ce mémoire a été rédigé de bonne foi, en ayant pris ses sources aux meilleurs endroits possibles. Il est néanmoins tout à fait probable qu'il soit incomplet, voire partiel ou erroné en terme législatif. Je ne suis pas juriste et j'ai fait de mon mieux pour éclaircir un sujet complexe. Je suis bien sûr ouvert aux suggestions et à la critique constructive. Si certaines informations vous paraissent erronées, merci de me faire part de vos corrections.

Communication

Ce dossier a été envoyé pour information et demande de soutien à Marc Vrijman, Président de l'Association AFER Europe +, et aux administrateurs Agnès Narjoz et Daniël Lecomte le 28 janvier 2021.

Compte tenu des évolutions liées à la reprise d'Aviva France par le groupe Macif, et des attermolements constatés, j'ai décidé d'envoyer par tranche et sujets les informations contenues dans ce mémo.

Le premier envoi a été fait par mail à partir du 24 février à l'adresse de Laurent Jeanin, Raphaël Quarello et Marc Vrijman, responsables de la gestion des contrats AFER Europe auprès d'Aviva France et comme op.cit., Président de l'association AFER Europe +. Le dernier envoi a été expédié le 22 mars.

Introduction

Entre le 10 et le 15 juillet 2020, les adhérents AFER Europe ont reçu un courrier daté du 8 juillet, émanant d'Aviva. Cette lettre était un rappel des documents administratifs à fournir lors d'opérations liées au Contrat à versements et retraits libres AFER Europe.

Cette missive a suscité des réactions multiples : certains se sont offusqués du ton employé, d'autres ont envoyés des documents qu'on ne leur demandait pas, et la plupart n'ont même pas compris ce qu'on leur voulait. Le résultat des exigences d'Aviva ne s'est pas fait attendre : la gestion des dossiers a pris un retard considérable.

Dans cette confusion, en tant que professionnel, j'ai fait part de mon étonnement à l'Association AFER Europe +, face à un courrier rédigé au lance-pierre (1), et envoyé en période de vacances. Je ne suis pas le seul à avoir trouvé cette manière d'agir particulièrement déplacée, surtout dans le cadre d'un partenariat de longue date.

On sait que malgré l'arrêt de la commercialisation du contrat en 2015, les adhérents ont poursuivi leurs versements, sans doute au grand dam de l'assureur car après plusieurs années de baisse de taux, le secteur s'est laissé aller bien plus qu'avant à des questionnements de rentabilité de la branche 21.

Dans ce contexte économique auquel s'est ajouté le souhait de la vente de la branche française d'Aviva (2), comment ne pas penser que l'assureur tente aujourd'hui d'entacher l'enthousiasme des adhérents par des actions tendant à susciter l'abandon du produit ?

Le manque flagrant de communication et d'explications ne fait qu'ajouter de l'eau au moulin, surtout quand on lit que c'est « *en raison des obligations réglementaires relatives à la mise en œuvre de la Directive européenne sur la lutte contre le Blanchiment et le Financement contre le terrorisme et la Directive Distribution Assurance* » que le renforcement administratif a été initié.

Sur ce point, il est plus que vraisemblable qu'Aviva n'aie pas les mêmes lectures que moi, ni que celles de ses consoeurs. En ce qui me concerne, c'est normal car si j'avais voulu faire avocat, je n'aurais pas fait courtier ! Mais du côté des concurrents belges (puisque c'est le droit belge qui s'applique), c'est une autre paire de manche. Prendre la loi en otage pour justifier des peurs inconsidérées est inconséquent.

(1) On notera qu'avant le 8 juillet, Mr Vrijman, Président de l'Association AFER Europe +, a fait part de remarques largement négatives quant à l'envoi de ce mailing. Il n'a pas été écouté.

(2) Annoncée le 6 août 2020 par Amanda Blanc, directrice générale de la maison mère en Angleterre et confirmée par Aviva France le lundi 07 septembre par son directeur général Patrick Dixneuf.

Dans le cadre d'une législation aux contours encore imparfaits, il n'est sans doute pas facile de prendre des décisions de bon sens. Mais quand on a plus que la peur du gendarme à l'esprit, on en oublie le bien-être de ses clients. Lesquels, tout comme moi, n'ont rien contre la traque à l'argent sale et autres joyeusetés. Pour autant toutefois que cela reste dans des limites acceptables en terme de gestion administrative, humaine et de vie privée.

En effet, pour certains, aller au-delà du prescrit légal n'est a priori pas illégal, pour autant que l'on reste dans l'esprit de la loi. Ce concept est sans doute bien séduisant pour qui veut justifier de ses avancées et des protections dont il se pare, mais c'est surtout oublier une chose : c'est le législateur qui dessine la frontière du permis et de l'obligatoire. Et il met les barbelés où il veut. S'il voulait aller plus loin que ce qu'il a écrit, rien ne l'empêchait de le faire. Bref, si la loi a tracé des limites, ce n'est pas pour les dépasser, fut-ce avec les meilleures intentions du monde. Et l'on sait de quoi l'enfer est pavé.

Si l'on accepte ce concept de dépassement, on peut alors justifier tout et n'importe quoi, et repousser les limites prescrites pour asseoir son confort. Cela n'est pas tolérable. Sans compter que ces dépassements se concrétisent par une surcharge de règlements internes qui modifient la nature même d'un contrat et entravent son bon déroulement. En appliquant des procédures inadéquates, l'assureur change la donne à son profit et cela remet en cause les engagements pris avec l'association AFER Europe +, laquelle ne peut à mon sens que réagir officiellement. Ce que j'ose espérer.

Ce mémo a donc pour but non seulement de corriger la direction prise par Aviva en ce qui concerne ses demandes aux adhérents Belges, mais surtout de prendre la défense de ceux-ci car avant tout, se sont mes clients et il est de mon devoir de relever et de bannir les dérives administratives si je les estime telles.

Bernard Poncé

Rappel du cadre

Le mailing du 8 juillet, volontairement simplifié, présente en un tableau très succinct les 3 cas de figure principaux avec les documents à fournir, renvoyant pour les autres vers le site web www.epargnegagnante.be. Qui n'est pas accessible à tout le monde.

Résultat : face à une communication lacunaire n'expliquant en rien le pourquoi du comment, et oubliés de tout didactisme, les adhérents n'ont eu d'autre réflexe pour beaucoup que de prendre les demandes d'Aviva avec légèreté. Peut-on leur en vouloir ?

Un second tableau a fait son apparition récemment sur le site évoqué ci-dessus, sans savoir exactement quand puisque aucune communication professionnelle n'a été faite à ce sujet. J'en reprends les documents exigés dans les pages suivantes. Il intègre certaines modifications demandées antérieurement.

Je joins également un second tableau en annexe qui reprend les exigences émises en relation avec le présent mémo.

Important : les codes sectoriels

Ce mémo se base entre autre sur le code de conduite sectoriel actuel édité par Assuralia. Un code complémentaire intégrant les dernières avancées au niveau AML est en application depuis le 11 janvier 2021.

Ces codes découlent de la réglementation. Les différentes obligations incombant aussi bien aux entreprises d'assurances qu'aux intermédiaires d'assurances y sont commentées mais en toute hypothèse, les dispositions légales et réglementaires prévalent.

Les codes ne sont valables que pour les entreprises d'assurances qui sont membres d'Assuralia, ce qui est le cas d'Aviva, mais il s'agit de textes contraignants entre les entreprises d'assurances et les intermédiaires d'assurances.

LES DOCUMENTS A FOURNIR

1. Recueil d'exigences et besoins (REB)

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Versement – Arbitrage – Avance

B. Commentaire

C'est une des demandes les plus inadéquates, en totale rejet du code de conduite défini par Assuralia, dont Aviva est membre.

Le code stipule en son article 8 :

- Contenu de l'information : L'entreprise d'assurances et l'intermédiaire en assurances sont chacun responsable du contenu des documents qu'ils élaborent.

Ce qui signifie que lorsque Aviva stipule que pour le REB, on peut utiliser nos documents, mais qu'ils doivent reprendre au moins les infos contenues sur celui d'Aviva, ce n'est pas obligatoire ! Le document émis par le courtier n'engage pas la responsabilité de l'assureur. Si ce document n'est pas conforme à la législation, c'est le courtier qui est responsable.

Par ailleurs, le document émis par Aviva et basé sur la législation française avec une terminologie utilisée outre-Québec n'est pas en conformité avec le droit belge. Ce même document a été conçu pour être utilisé lors d'une souscription, mais n'est absolument pas adéquat pour un reversement. Or, les clients belges ne peuvent faire que cela ! Ce n'est donc pas le moindre des paradoxes qu'Aviva mette ce REB à disposition des courtiers car non seulement elle prend sur elle la responsabilité du courtier en cas de problème, mais elle s'expose à plus de reproches par l'utilisation d'un document inadéquat !

En outre, le code signale dans sa section 2, phase **précontractuelle** :

- Article 15 : Généralités : Il appartient à l'entreprise d'assurances ou à l'intermédiaire en assurances, à savoir celui qui est en contact avec le client, de remplir les obligations prévues ci-dessous. En règle générale il s'agira de l'intermédiaire en assurances.

- Article 16 : Devoir de diligence : analyse des exigences et besoins, du caractère adéquat, du caractère approprié, la recommandation personnalisée et la déclaration d'adéquation : La responsabilité du devoir de diligence incombe à celui qui est en contact avec le client.

Celui qui est en contact avec le client, c'est le courtier, quand il y en a un ! Les exigences d'Aviva au niveau du REB sont donc infondées ! Et certainement sur ce qui est de la validité du document pour 1 an, critère qui n'apparaît nulle part dans la législation !

La responsabilité de l'intermédiaire est confirmée dans l'article 18 :

- Entretien conjoint avec le client : Lorsque l'intermédiaire en assurances, lors d'un entretien avec un client, est accompagné par un représentant d'une entreprise d'assurances, l'intermédiaire en assurances est seul responsable du devoir de diligence. Le représentant de l'entreprise d'assurances est uniquement responsable des informations techniques relatives au produit d'assurance que l'entreprise d'assurances transmet au client par le biais de son représentant.

Enfin, la section 3, évoque la phase contractuelle. L'article 21 précise :

- Modification des contrats : En cas de modification significative apportée à un contrat d'assurance, les règles de répartition des tâches, exposées par le présent code de conduite, s'appliquent dans la mesure où les obligations doivent être respectées pour les contrats en cours, telles que les obligations relatives au POG. Les obligations d'information précontractuelle ne seront en revanche pas d'application.

Bien que cet article laisse part à interprétation, il n'est en tout cas pas fait mention d'une actualisation automatique du REB sur base d'une simple opération de versement ou d'arbitrage ! Néanmoins, la question de savoir si une actualisation d'une analyse des besoins d'un client doit avoir lieu en cours de contrat reste d'application, ne fut-ce que pour une question de bon sens.

Pour l'arbitrage, il faut se référer au Règlement délégué (UE) 2017/2359 de la Commission du 21 septembre 2017 complétant la directive (UE) 2016/97 du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne les exigences en matière d'information et les règles de conduite applicables à la distribution de produits d'investissement fondés sur l'assurance.

Ce cas est réglé par l'article 9 du règlement qui indique en son point 7 :

- Lorsqu'ils fournissent des conseils impliquant de changer d'actifs d'investissement sous-jacents, les intermédiaires d'assurance et les entreprises d'assurance se procurent également les informations nécessaires sur les actifs d'investissement sous-jacents existants du client et sur les nouveaux actifs d'investissement recommandés, et procèdent à une analyse des coûts et des avantages escomptés de ce changement de manière à pouvoir raisonnablement démontrer que les avantages attendus sont supérieurs aux coûts.

Il n'est donc pas fait mention de l'établissement d'un REB, mais bien uniquement d'une analyse de coûts ! Ce qui paraît assez étrange. L'explication de cette bizarrerie se trouve dans le considérant 8 du texte européen. Il stipule ceci :

- *L'évaluation de l'adéquation devrait être effectuée non seulement pour toute recommandation d'acheter un produit d'investissement fondé sur l'assurance, mais aussi pour toute recommandation personnalisée adressée pendant la durée de vie du produit, étant donné que de telles situations peuvent impliquer un conseil sur des transactions financières, qui devrait reposer sur une analyse approfondie des connaissances et de l'expérience ainsi que de la situation financière du client concerné. La nécessité d'une évaluation de l'adéquation est particulièrement forte dans le cas de décisions impliquant de changer d'actifs d'investissement sous-jacents ou de conserver ou de vendre un certain produit d'investissement fondé sur l'assurance.*

Mais ce considérant n'a pas été repris comme tel dans les textes légaux. On est donc en droit de conclure que ce considérant n'a pas été jugé déterminant ou obligatoire. Malgré tout, sur base du principe « plus ne nuit pas » que la FSMA belge a déjà émis auparavant, à savoir qu'un intermédiaire financier peut aller au-delà de loi pourvu qu'il reste dans l'esprit de celle-ci, on peut supposer que l'application ou non d'un test d'adéquation relève de la volonté de l'intermédiaire, avec une marge de manœuvre qu'il appréciera.

Sur ce point, je suis d'avis de rester cohérent et ne pas tomber dans un excès préjudiciable. Ainsi, et pour autant que l'intermédiaire constate ou aie des soupçons à ce propos que la situation financière, patrimoniale et sociale du client a significativement évolué, il prendra la précaution d'établir un nouveau test d'adéquation, pour autant que cela se conjugue avec une augmentation du risque encouru par un arbitrage ou un nouveau versement.

On fera donc certainement un test si un client souhaite passer d'un fonds de branche 23 vers un fonds du même type, mais de classe de risque supérieure, SAUF si son dernier profil le permet déjà. A l'inverse, pour un client passant d'une position à risque vers une position de branche 21, il n'est pas nécessaire d'établir un profil de risque ! Et dans le cas où l'assureur ne disposerait pas d'un profil de risque antérieur, notamment parce que la législation ne l'obligeait pas à l'époque de la souscription, il ne s'en trouve pas moins dégagé de cette exigence par l'article 16 du code sectoriel explicité ci-dessus.

En ce qui concerne les reversements, il est utile de rappeler qu'en ce qui concerne le contrat AFER Europe, ils sont libres, dans le cadre d'une procédure simple qui permet au client d'effectuer l'opération par lui-même.

Les règles énoncées ci avant sont bien sûr d'application, **sauf dans le cas où l'opération se fait sans prévenir le courtier** ! Celui-ci n'est évidemment pas responsable a posteriori s'il n'a pas été prévenu de l'opération. Il n'a donc aucune obligation d'établir un (nouveau) test d'adéquation, même si l'opération change significativement le contenu du contrat. Et il n'appartient dès lors pas à l'assureur d'obliger le courtier à établir ce test si le contrat a été conclu par un courtier, car c'est celui-ci qui est responsable du traitement des informations (pré-)contractuelles. Tout au plus l'assureur nous semble pouvoir être en droit d'informer le client qu'il est préférable pour une opération ultérieure qu'il prévienne son courtier avant d'effectuer son versement afin de vérifier si un test d'adéquation doit être établi.

2. Copie de la Carte d'identité (Titulaire – Bénéficiaire – Mandataire)

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Toutes

B. Commentaire

Je n'ai pas de commentaire à faire sur cette demande, tout à fait légitime, sauf lorsqu'elle est faite lors d'un versement. En effet, le code AML indique notamment au point 2.2.2. - Mise à jour des données d'identification et du profil du preneur d'assurance :

*- Les entreprises d'assurances et les intermédiaires d'assurances vérifient et, le cas échéant, mettent à jour les données d'identification du preneur d'assurance lors de chaque événement du contrat, à savoir : l'échéance finale (liquidation ou décès), toute résiliation par le preneur d'assurance dans les 30 jours suivant la souscription du contrat d'assurance, tout rachat, toute avance, toute remise en vigueur d'un contrat réduit ou racheté ou toute modification significative du contrat. **Un versement ordinaire n'est pas un événement** ; un versement qui excède la finalité du contrat ou qui ne correspond pas au profil du preneur d'assurance est un événement. Un réinvestissement auprès de la même entreprise d'assurances ou dans le même groupe n'est pas un événement ;*

Il n'y aurait donc aucune raison d'actualiser un dossier lors d'un simple versement... si le texte ne précisait pas également : *ou si cela s'avère nécessaire (indication que les données ne sont plus à jour,...)*.. ce qui laisse planer un doute. Mme Vandenberghe, juriste auprès de BZB / fedafin, signataire du code, a pu me préciser ceci :

*Les intermédiaires d'assurances doivent vérifier et, le cas échéant, mettre à jour les données d'identification lors de chaque événement du contrat. On spécifie qu'un versement ordinaire n'est pas un événement. Donc dans ce cas-là, l'intermédiaire **n'a pas d'obligation** de vérifier les données d'identification. Mais s'il constate, lors d'un versement ordinaire, que la carte d'identité n'est plus à jour, il doit demander une copie de la nouvelle carte d'identité.*

En ce qui concerne le courtier, s'il n'a pas connaissance du versement avant celui-ci, il appartient donc à Aviva de faire la demande au client, le texte s'appliquant aussi aux assureurs. On peut en effet considérer qu' en effectuant un versement direct sur le compte de l'assureur, le client s'adresse directement à lui, sans passer par son courtier, ce qui, en ce qui concerne le contrat AFER, est bien son apanage. On se reportera donc à l'annexe 1 du code qui stipule en page 6 :

Tâches de l'entreprise d'assurances - En cours de gestion du contrat

Concernant ce que l'entreprise d'assurances connaît du preneur d'assurance, du mandataire et du bénéficiaire effectif

Pour autant que le preneur d'assurance s'adresse à l'entreprise d'assurances :

- *Actualiser les données d'identification et le profil du client :*
 - o lors de tout événement du contrat ;*
 - o à chaque nouveau contrat ;*
 - o ou si cela s'avère nécessaire (indication que les données ne sont plus à jour, sont inexactes ou mensongères ou lorsqu'on doute que la personne initialement identifiée est effectivement la personne qui souhaite réaliser l'opération).*
- *Transmettre les données à l'intermédiaire d'assurances.*

Etc.

Dans ce cas précis, Aviva n'a donc aucunement le droit non seulement de renvoyer la demande vers le courtier, mais en plus de bloquer la transaction en attente du ou des documents demandés, le versement n'étant pas un évènement pouvant créer un blocage.

Un autre problème se pose dans le cas où le courtier est au courant de la transaction et doit donc actualiser les données, pour autant qu'il puisse avoir une indication qu'elles ne sont plus à jour. Ce qui implique de pouvoir comparer ces données, par exemple une carte d'identité, à un document existant. S'il ne dispose pas de copie du document dans sa base de données, il doit se reporter à celle de l'assureur, qui ne lui est pas accessible. Car par le site professionnel <https://afereurope-apporteur.aviva.fr/>, le courtier n'a pas accès à l'information concernant les pièces administratives détenues par Aviva.

En cas de carte d'identité obsolète, il appartient dès lors à l'assureur de communiquer la chose au courtier, d'où un retard et une complication dans le traitement d'une opération.

3. Justificatif de domicile (Preuve adresse)

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Toutes

B. Commentaire

Voir aussi Point 2.B., page 8, d'application dans le cas présent.

Dans son courrier de juillet, Aviva a demandé qu'il soit fourni un justificatif de moins de 3 mois lors de toute opération sur le contrat.

Cette demande ne trouve aucune justification dans les textes. Dans la loi de 2017, l'article 26, §2, 1° stipule même :

- *l'obligation d'identification d'une personne physique porte sur son nom, son prénom, ses lieu et date de naissance et, **dans la mesure du possible**, son adresse.*

L'adresse ne doit être vérifiée que dans la mesure du possible ! Et c'est logique ! Non seulement la majorité des clients ne déménagent pas régulièrement, mais surtout, s'ils le font, ils ont tout intérêt eux-mêmes à le signaler. Une actualisation de l'adresse pourra donc naturellement se faire lors d'un retour de courrier, par exemple, ou d'un contact téléphonique, mais sans plus.

Obliger le client à fournir une preuve adresse à chaque opération (dans un espace temps de plus de 3 mois) n'a pas de fondement juridique. Cette validité trimestrielle n'est d'ailleurs mentionnée nulle part dans la loi ou le code sectoriel. Je ne puis bien évidemment que saluer le revirement de position de l'assureur qui n'exige plus systématiquement une preuve datée, en se contentant d'une vignette de mutuelle. Hélas, celle-ci, qui peut être parfaitement obsolète puisqu'elle n'a pas de date, ne fait que confirmer l'inutilité d'une demande systématique de preuve adresse.

J'estime par contre que l'assureur devrait demander une preuve adresse délivrée par une autorité de contrôle (commune, lecture de carte d'identité, etc.), et avec datation, lorsque le client envoie par lui-même un formulaire de changement d'adresse ! Cette demande devra toutefois être adaptée à la réalité de terrain lorsqu'elle concerne un mineur ne disposant pas de carte d'identité.

4. Bulletin de versement

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Versement

B. Commentaire

Je ne peux comprendre l'utilité de ce document qu'au regard de la législation française qui, sans doute, l'impose. Or, il n'en est rien en Belgique où il n'est absolument pas obligatoire de rédiger un tel bulletin en cas de reversement, d'autant qu'il n'apporte rien en terme d'information à actualiser ou d'adéquation avec la loi anti-blanchiment. Deux preuves concrètes appuient mon propos :

1. Il n'est fait nulle mention d'un tel document à remplir dans le code sectoriel présent ou à venir, le versement étant d'ailleurs considéré comme un non-événement, s'il reste dans la ligne du client (encore faut-il pouvoir la déterminer) ; et quand bien même si ce n'est pas le cas, la demande d'origine des fonds supplante un bulletin de versement.

2. Cette exigence n'est dans notre pays que l'apanage d'Aviva Belgique ! En effet, j'ai terminé ce 18 novembre 2020 une étude informelle des pratiques du secteur concernant les versements. Il appert que sur 13 assureurs consultés (et donc parmi les plus importants), Aviva est la seule maison à exiger un bulletin de versement. Toutes les autres compagnies se contentent d'une demande de communication structurée pour virement, faite par le courtier.

On pourra me rétorquer que le bulletin est un corollaire aux indications de répartition données par l'adhérent sur son virement, pour éviter toute confusion. Hélas, sur ce point précis, le bulletin lui-même a longtemps créé la confusion par une rédaction maladroite. Ainsi, au point 4, « choix d'investissement », il était indiqué « *Par défaut de choix exprimé sur une répartition spécifique sur ce bulletin ou sur le bulletin d'adhésion, ce versement sera intégralement investi dans le Fonds Garanti.* ». De nombreux adhérents ne voyaient pas cette mention et cherchaient où indiquer le fait qu'ils voulaient juste verser sur le Fonds Garanti. Certains rajoutaient la chose à la main, d'autres indiquaient par exemple « 100 % » dans la case « *AFER Patrimoine* », pensant qu'il s'agissait du Fonds Garanti ! Heureusement, le dernier document en date a intégré une case Fonds garanti...

Ceci étant, pour éviter une rédaction de communication de virement problématique, il suffirait de stipuler qu'un virement ne peut être fait qu'au profit d'un seul support ou à défaut, demander à l'adhérent qu'il envoie un mail détaillant sa répartition.

Par ailleurs, la rédaction de ce document pose un vrai problème pour les personnes qui effectuent des versements mensuels par ordre permanent. Peut-on imaginer que les titulaires d'une épargne-pension domiciliée qui devraient envoyer chaque mois à la compagnie un bulletin justifiant leur versement ?

C. Le cas particulier du remboursement d'avance

En juillet, Aviva a décidé qu'un remboursement d'avance était identique à un versement et de ce fait, nécessitait la rédaction d'un bulletin de versement.

Je suis heureux de constater le revirement de l'assureur à ce propos, suivant en cela mon intervention antérieure, étant donné que selon l'article L.132-21 du Code des assurances français (et il en va de même en Belgique), "*dans la limite de valeur de rachat du contrat, l'assureur peut consentir une avance au contractant*".

Il est clair que l'avance n'est dès lors pas un retrait sur un contrat mais bien un **prêt** consenti par l'assureur, après mise en gage de son contrat pour la partie prêtée. Ce prêt est d'ailleurs consenti sous intérêt. Il est donc logique que lorsque l'adhérent rembourse son avance, techniquement, il n'effectue pas un versement, mais bien un **remboursement de dette** à l'assureur. Ce qui n'est pas la même chose. Bref, vu qu'un adhérent qui rembourse une avance n'effectue aucun versement sur son contrat, il n'y a pas lieu de demander un bulletin de versement. Malheureusement, si au vu de ce constat, Aviva a révisé sa position, elle ne l'a fait que partiellement.

En effet, compte tenu des intérêts, lorsqu'un adhérent rembourse une avance, il verse souvent un peu pour être sûr de couvrir l'ensemble du montant en dette, le reste étant versé sur le contrat, au titre de versement complémentaire. Compte tenu des délais de paiement, il n'est en effet pas toujours possible de tomber juste et la bonne gestion justifie donc de verser plus. Ce qui génère un problème : l'établissement d'un bulletin de versement !

Actuellement, lorsque la compagnie constate ce trop plein, elle demande de rédiger un bulletin en indiquant le montant total versé, c'est-à-dire y compris le remboursement de l'avance. Ce qui annule de facto la décision de ne pas demander de bulletin en cas de remboursement d'avance. C'est le serpent qui se mord la queue...

Pour résoudre ce problème, et dans l'attente d'une décision d'abandon pur et simple du bulletin de versement, j'adresse à mes clients un courrier stipulant que le montant dépassant le remboursement d'avance doit être remboursé au client. Mais c'est une solution qui n'est que temporaire et génère une opération administrative supplémentaire.

C'est pourquoi, s'il campe (temporairement) sur sa position d'exiger un bulletin de versement, j'invite l'assureur à s'en passer tant que le montant qui dépasse l'avance est inférieur à 150 €. Car ce montant est contractuellement le minimum qu'il faut verser sur le contrat pour qu'il soit considéré comme un versement. CQFD.

5. Déclaration d'origine des fonds (et pièces justificatives)

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Versement – Remboursement d'avance

B. Commentaire

Le code Assuralia définit clairement la question (point 2.1.3, cadre grisé page 20) :

Quand une preuve de l'origine des fonds doit-elle être demandée ?

Une preuve de l'origine des fonds doit être demandée en cas de risque plus élevé (cf. Annexe 2), lorsqu'au moins 2 des 3 conditions sont réunies :

- en cas de présence d'un clignotant ;
- lorsque la prime > 250.000 €. Attention, il s'agit du montant total de la prime que le client souhaite investir. Si cet investissement a lieu par le biais de plusieurs contrats auprès de différentes entreprises d'assurances, seul l'intermédiaire d'assurances en est informé et c'est à lui également de compléter le questionnaire. Les entreprises d'assurances concernées ne sont elles-mêmes pas à même de détecter que le montant de la prime est dépassé et qu'une vigilance accrue est nécessaire ;
- malgré un questionnaire soigneusement complété, des doutes subsistent sur l'origine des fonds.

Cette preuve peut être un acte de vente, un acte d'héritage...

(A noter qu'en cas de risque élevé, la demande de preuve a lieu à partir de 100.000 €)

Il est intéressant de constater que le code ne fait nulle mention d'une déclaration sur l'honneur de l'origine des fonds. Les procédures actuelles définies par Aviva sont plus contraignantes. La compagnie devra revoir celle-ci.

6. Formulaire de rachat partiel ou total

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Rachat partiel ou total

B. Commentaire

Pas de commentaire spécifique.

7. Preuve de coordonnées bancaires

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Versement - Rachat partiel ou total – Avance – Remboursement d'avance - Décès

B. Commentaire

Voir aussi Point 2.B., page 8, d'application dans le cas présent.

Si cette demande peut se comprendre dans le cas d'un débours de l'assureur vers l'adhérent, dans le cadre d'un versement, c'est une absurdité dans le système bancaire belge.

A partir du moment où un adhérent ne peut effectuer qu'un virement au départ de son compte à vue (à l'exception des parents pour les enfants mineurs), les données du transfert sont clairement indiquées à l'assureur. La preuve en est le témoin de virement disponible sur le site professionnel d'Aviva ! Pourquoi aller encore demander une copie de la carte de banque mentionnant les mêmes nom et n° de compte !? Sauf à considérer que la banque émettrice de l'information délivre sciemment une information erronée et en considérant que je n'évoque ici que des transferts belgo-belges (3), il n'y a aucune explication logique à cette procédure !

S'il continue à en être ainsi, je ne pourrai que conseiller à mes clients qui perçoivent des fonds de l'assureur de lui demander à lui aussi une preuve de détention de compte car ils sont aussi redevables envers la loi anti-blanchiment !

C. Le cas particulier du versement par les grands-parents

Dans le cas de versements faits par des grands-parents au profit de leurs petits-enfants, la règle de virement au départ du seul compte propre de l'adhérent a suscité un débat dans la mesure où l'obligation des grands-parents de verser d'abord sur le compte des parents ne rencontrait pas leurs souhaits, notamment celui d'une traçabilité claire (l'argent vient de moi, pas de tes parents !).

Lors de la réunion Aviva à Namur en novembre 2019, et pour mettre fin à la polémique, la responsable du service juridique a clairement déclaré en assemblée qu'elle ne voyait pas d'inconvénient à accepter un transfert par saut de génération, sous condition que la filiation soit prouvée entre les intervenants et que les règles de déclaration d'origine des fonds soit respectées en fonction des procédures établies.

Après moult rappels, cette possibilité a été mise en application mi-mars 2021. On salue la rapidité d'exécution...

(3) Ma remarque exclut de facto les opérations qui relèveraient d'une vigilance renforcée, soit à cause de transferts internationaux, soit par exemple pour les PEP.

8. Formulaires d'arbitrage, d'avance, de clause bénéficiaire (et d'acceptation), procuration et changement d'adresse

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Celles énoncées en titre.

B. Commentaire

Pas de commentaire spécifique, à l'exception du fait qu'il est assez curieux qu'il n'existe pas de formulaire de renonciation d'une acceptation d'un bénéfice.

9. Acte de décès, certificat d'hérédité et coordonnées du bénéficiaire

A. Ce document est demandé pour les opérations suivantes :

Décès

B. Commentaire

Pas de commentaire spécifique.