



Notice du Questionnaire sur les pratiques commerciales et la protection de la clientèle – Assurance

Table des matières

Présentation générale.....	2
Modalités de déclaration	2
Périmètre du Questionnaire	2
A. Formulaire « Socle Assurance ».....	3
I - DONNÉES D'IDENTIFICATION	3
II - DONNÉES D'ACTIVITÉ.....	3
III - RÉMUNÉRATION	6
IV - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION	6
B. Formulaires thématiques « Épargne - Retraite », « Santé - Prévoyance » et « Dommages »	8
I - DONNÉES D'IDENTIFICATION	8
II - DONNÉES D'ACTIVITÉ.....	8
III - DISPOSITIF DE COMMERCIALISATION.....	10
IV - PUBLICITÉ.....	11
V - NOUVEAUX PRODUITS ET MODIFICATIONS SIGNIFICATIVES	12
VI - DYSFONCTIONNEMENTS IDENTIFIÉS.....	13

Présentation générale

Le présent guide comporte une partie dédiée au formulaire « Socle Assurance » et une autre dédiée aux formulaires thématiques « Épargne - Retraite », « Santé - Prévoyance » et « Dommages ». Les définitions précisées dans la première partie sont applicables à la seconde et n'y sont pas reprises.

Modalités de déclaration

Les formulaires doivent obligatoirement être complétés et validés dans l'interface OneGate. **Seuls les formulaires auxquels sont assujettis les organismes y sont accessibles.**

La procédure d'accréditation au portail OneGate est détaillée sur le [site de l'ACPR](#), dans la rubrique relative au Questionnaire. L'inscription se fait par « déclarant » et non par organisme assujetti. Il peut ainsi y avoir un « déclarant » pour plusieurs assujettis ou plusieurs « déclarants » pour un même assujetti. Une fois la demande d'accréditation validée, la personne inscrite est en mesure de compléter le(s) formulaire(s) à compter de la date d'ouverture de la collecte (communiquée sur le site de l'ACPR).

Pour toute question relative à l'interface OneGate, un service d'assistance est disponible à l'adresse mail : Support-OneGate@banque-france.fr. Merci de préciser en objet que votre demande concerne le Questionnaire sur les pratiques commerciales et la protection de la clientèle Assurance.

Périmètre du Questionnaire

Le périmètre des formulaires est circonscrit aux :

- Affaires directes, c'est-à-dire celles pour lesquelles le risque est directement porté par l'organisme d'assurance, que ce dernier soit ou non intervenu en qualité de distributeur ;
- Activités exercées par l'organisme en France métropolitaine, dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte et La Réunion), ainsi que dans les Collectivités d'outre-mer (Polynésie française, Saint-Barthélemy, Saint-Martin, Saint-Pierre-et-Miquelon et Wallis-et-Futuna).

Le Questionnaire porte sur la clientèle personne physique ou morale, qu'elle agisse ou non à des fins professionnelles, et ne concerne pas l'activité de réassurance.

Les données sont déclarées par chaque organisme sur base individuelle. Les données consolidées ne sont donc pas à renseigner. **Les montants en euros (ou contre-valeur euro pour les opérations en devises) sont à saisir en millier (K€) et à arrondir à l'unité.**

Si certaines activités sont co-assurées, il convient de le préciser dans la zone « Commentaires » de la partie II. « Données d'activité » des formulaires concernés.

Remarques générales :

Pour les lignes qui sont en partie alimentées par déversement automatique des États Nationaux Spécifiques (ENS, FR13 et FR14, cf. version Word des formulaires disponibles en ligne), il convient de veiller à ce que les données saisies soient cohérentes avec celles issues de ces états.

Toutes les cases saisissables (non grisées) doivent être renseignées, à l'exception des « Commentaires » qui restent facultatifs. Si nécessaire, et sauf indication contraire, une case pourra être remplie par « NEANT » ou « 0 » selon que le champ de saisie est alphanumérique ou numérique.

A. Formulaire « Socle Assurance »

I - DONNÉES D'IDENTIFICATION

- « Groupe d'appartenance » : doit être entendu au sens des articles L. 322-1-2, L. 322-1-3 et L. 356-1 du Code des assurances, L. 111-4-2 et L. 212-7-1 du Code de la mutualité ou L. 931-2-2 du Code de la sécurité sociale.
- « Dirigeant effectif » : personne assurant la direction effective de l'organisme d'assurance au sens des articles L. 322-3-2 du Code des assurances, L. 211-13 du Code de la mutualité ou L. 931-7-1 du Code de la sécurité sociale.

II - DONNÉES D'ACTIVITÉ

II.1 Données générales

Le tableau répond à une logique produit et non garantie.

- « Épargne - Retraite » :
 - « Capitalisation » : vise à la fois les contrats de capitalisation en euros, en unités de compte et multi-supports.
 - « Assurance-vie » : vise, à l'exclusion des contrats obsèques de type épargne, les contrats d'assurance en cas de vie qu'ils soient en euros, en unités de compte ou multi-supports.
 - « Retraite supplémentaire » : comprend notamment les contrats PER (PER individuel, PER entreprise collectif - i.e. à adhésion facultative - et PER entreprise obligatoire), FONPEL-CAREL et autres retraites à points (branche 26), IFC, préretraites, article 39 du CGI, RMC, contrats « Madelin », « article 83 », PERCO, PERP, etc.
- « Santé - Prévoyance » :
 - « Santé » : contrats dont l'objet principal est de garantir le remboursement de frais de soins (maladie, maternité, accident).
 - « Prévoyance » : contrats dont l'objet principal est de couvrir un ou plusieurs des risques suivants : incapacité, invalidité, décès (temporaire ou vie entière).
 - « Dépendance » : contrats dont l'objet principal est de couvrir le risque de perte d'autonomie.

- « Accident / GAV » : contrats, qu'ils soient ou non labellisés, dont l'objet principal est de couvrir le risque accident.
 - « Obsèques » : contrats, qu'ils soient en capital ou en prestations, dont l'objet principal est de garantir le financement des obsèques. Il peut s'agir de contrats de type prévoyance ou épargne.
 - « Obsèques de type prévoyance » : contrats obsèques dont le montant du capital versé au décès de l'assuré est prédéterminé (i.e. fixé au jour de la souscription).
 - « Emprunteur » : contrats ayant pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des échéances d'un crédit quel qu'en soit le régime juridique (crédit immobilier, crédit à la consommation, etc.) ou le remboursement total ou partiel de ce dernier (y compris les contrats souscrits, en qualité de caution, par des associés, par exemple d'une SCI familiale ou professionnelle).
 - « Autres » : tout contrat d'assurance santé - prévoyance ne faisant pas l'objet d'une ligne spécifique, tels que les contrats « indemnités journalières en cas d'hospitalisation », etc.
- « Dommages » :
- « Automobile » : contrats garantissant la responsabilité civile automobile et, le cas échéant, les dommages automobiles (catégories ministérielles 22 et 23 de l'article A. 344-2 du Code des assurances).
 - « MRH » : contrats souscrits à des fins non professionnelles par un (co)propriétaire, le cas échéant via un syndic de copropriété, ou un locataire d'un bien immobilier, couvrant plusieurs risques dont celui de dommages aux biens (immobiliers, mobiliers) et de responsabilité civile. Les contrats « construction » (cf. infra) ne sont pas visés.
 - « MRPro » : contrats souscrits à des fins professionnelles par un (co)propriétaire ou un locataire d'un bien immobilier, couvrant plusieurs risques dont celui de dommages aux biens (immobiliers, mobiliers) et de responsabilité civile. Les contrats « construction » (cf. infra) ne sont pas visés.
 - « Protection juridique » : contrats dont l'objet principal est de prendre en charge des frais de procédure ou la fourniture des services découlant de la couverture d'assurance, en cas de différend ou de litige opposant l'assuré à un tiers, en vue notamment de défendre ou représenter en demande l'assuré dans une procédure civile, pénale, administrative ou autre ou contre une réclamation dont il est l'objet ou d'obtenir réparation à l'amiable du dommage subi (articles L. 127-1 du Code des assurances et L. 224-1 du Code de la mutualité).
 - « Construction » : comprend notamment les contrats « RC Décennale », « Dommages-ouvrage » et « Tous Risques Chantier ».

- « Affinitaire » : contrats souscrits en complément d'un bien ou d'un service vendu par un fournisseur (par exemple assurance voyage, perte / vol / détournement de moyens de paiement, produits nomades, etc.). Les contrats d'assurance liés à des cartes bancaires, c'est-à-dire les garanties dont bénéficient automatiquement les titulaires de certaines cartes bancaires (VISA, MASTERCARD...), ne sont pas concernés.
- « Autres » : tout contrat d'assurance de dommages ne faisant pas l'objet d'une ligne spécifique, tels que les contrats d'assurance scolaire, animaux, assistance, assurance liée à des cartes bancaires (VISA, MASTERCARD...), etc.

Pour chaque produit, il convient de renseigner les données ci-dessous :

- « Nombre de souscriptions / adhésions (en stock au 31/12 de l'année sous revue) » : stock de souscriptions / adhésions au 31/12 de l'année sous revue, que le produit soit ouvert ou fermé à la commercialisation. Cela correspond :
 - Lorsque l'organisme relève du Code des assurances, au nombre de souscriptions de contrats individuels et au nombre d'adhésions à des contrats collectifs ;
 - Lorsque l'organisme relève du Code de la mutualité ou du Code de la sécurité sociale, au nombre d'adhésions à des contrats individuels ou collectifs par des membres participants.
- « Production de l'année sous revue (en nombre de souscriptions / adhésions) » : sont à comptabiliser, quelle que soit leur date de prise d'effet, les souscriptions/adhésions (y compris par démarchage physique ou téléphonique) intervenues au cours de l'année sous revue, y compris celles qui ont pris fin au cours de cette même année pour quelle que raison que ce soit (résiliation, dénonciation, renonciation, arrivée du terme, etc.).
Si un salarié change d'employeur mais reste couvert par le même produit de l'organisme, il convient de considérer qu'il s'agit d'une nouvelle souscription/adhésion intervenue dans l'année.
 - « Total » : ensemble des ventes (i.e. souscriptions et adhésions) réalisées au cours de l'année sous revue.
 - « Ventes réalisées via des distributeurs tiers » : toute vente d'un produit de l'organisme pour laquelle un tiers (intra ou hors groupe d'appartenance) est intervenu dans le processus de commercialisation¹, que la vente ait ou non *in fine* été réalisée par le réseau salarié.

¹ Un tiers n'est pas considéré comme étant intervenu dans le processus de commercialisation lorsque son rôle s'est limité à vendre un listing/fichier de prospects. C'est en revanche le cas si le tiers a par exemple agi en tant que comparateur d'assurance (alinéa 2 du I de l'article L. 511-1 du code des assurances).

III - RÉMUNÉRATION

III.1 Rémunération du personnel salarié chargé de la commercialisation des produits (ci-après « personnel salarié concerné »)

- « Objectifs de commercialisation (annuels ou ponctuels) » : sont notamment visés les challenges commerciaux.
- « Avantages non monétaires » : tous types d'avantages non pécuniaires en lien avec la commercialisation des produits (par exemple chèques ou cartes cadeaux, voyages, etc.). La valorisation de ces avantages doit être similaire aux déclarations faites pour les obligations fiscales associées.

III.2 Rémunération des distributeurs tiers (hors personnel salarié)

La rémunération des distributeurs tiers (intra ou hors groupe d'appartenance) correspond aux commissions ou à tout autre type de paiement et aux avantages de toute nature liés à la commercialisation de produits d'assurance. Si le distributeur tiers dispose d'une délégation s'agissant de la souscription et que la rémunération perçue à ce titre ne peut être dissociée de celle liée à la commercialisation, il convient de l'indiquer dans la zone « Commentaires ».

IV - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS ET MÉDIATION

IV.1 Répartition des réclamations

Doivent être déclarées toutes les réclamations écrites traitées au cours de l'année sous revue par l'organisme ou par un tiers à qui a été délégué ce traitement. Dans un dispositif de traitement des réclamations à deux niveaux, doivent être comptabilisées l'ensemble des réclamations traitées, y compris celles qui le sont exclusivement par le premier niveau. Une même réclamation traitée par les deux niveaux n'est à comptabiliser qu'une seule fois si les deux niveaux de traitement sont réalisés la même année.

- « Réclamation » : s'entend comme l'expression d'un mécontentement envers un professionnel quel que soit l'interlocuteur ou le service² auprès duquel la réclamation est formulée³. Elle peut émaner de toute personne, y compris en l'absence de relation contractualisée avec l'organisme : clients (particuliers ou professionnels), anciens clients, bénéficiaires, personnes ayant sollicité de l'organisme la fourniture d'un produit ou service ou qui ont été sollicitées par l'organisme, y compris leurs mandataires et leurs ayants droit.
- « Nombre de réponses apportées » :

² Y compris auprès d'un délégataire ou d'un mandataire de l'organisme.

³ Y compris les mécontentements relatifs à la commercialisation ou la gestion par un tiers d'un produit de l'organisme.

- « Positives » : réclamations pour lesquelles l'organisme a fait droit en totalité ou partiellement mais à titre principal à la demande du réclamant.
- Il convient de comptabiliser les réclamations par type de produit et non par garantie. Par exemple, une réclamation portant sur un « forfait obsèques » d'un contrat santé doit être déclarée sur la ligne santé.
- Lorsqu'une réclamation concerne plusieurs produits, elle est comptabilisée pour chacun d'eux dans les rubriques correspondantes.
- Lorsqu'une réclamation sur un seul et même produit concerne plusieurs objets, elle est comptabilisée uniquement pour l'objet principal de réclamation.

Répartition des réclamations par objet

- « Souscription / adhésion (hors tarification) » : toute réclamation relative à la phase de commercialisation et de conclusion du contrat quelle que soit la méthode de vente utilisée (face à face, démarchage, vente à distance, intermédiation), à l'exception de celles liées à la tarification du contrat. Il peut notamment s'agir de l'expression d'un mécontentement portant sur :
 - La technique de vente ;
 - Le discours commercial ;
 - L'obligation d'information ;
 - Le devoir de conseil ;
 - Les conditions de validité de l'engagement contractuel, notamment le recueil et la qualité du consentement ;
 - La sélection médicale, lorsque celle-ci conduit l'organisme à proposer des exclusions ou limitations de garanties (et non une surprime).
- « Tarification (primes, cotisations, frais) » : toute réclamation relative au montant de la prime / cotisation et aux frais appliqués à tout moment de la vie du contrat. Il peut notamment s'agir de l'expression d'un mécontentement portant sur :
 - Les frais sur versement, de gestion sur encours ou d'arbitrage, etc. pour les produits d'« Épargne - Retraite » ;
 - Les revalorisations ou révisions tarifaires, les surprimes, les frais d'adhésion (à une association souscriptrice par exemple), etc. pour les produits de « Santé - Prévoyance » et de « Dommages ».
- « Gestion du contrat » : il peut notamment s'agir de mécontentements liés à des modifications contractuelles (à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur), à la gestion administrative du contrat (modification de clause bénéficiaire, arbitrage, transfert, délivrance de documents en cours de contrat – relevé annuel de situation, carte de tiers payant, etc.).
- « Indemnisation / prestations » : toute réclamation relative au délai, au refus total ou partiel, au montant et à la cessation de l'indemnisation ou du versement des prestations. Il peut notamment s'agir, en assurance vie, des réclamations liées aux :
 - Versements des capitaux au terme en cas de vie ou des capitaux décès ;

- Contrats d'assurance vie en déshérence ;
 - Rachats partiels ou totaux.
- « Résiliation / renonciation » : toute réclamation relative à une résiliation, y compris à l'initiative de l'organisme, ou à une demande de renonciation.
 - « Autres » : comprend notamment les réclamations portant sur l'accès ou la rectification des données personnelles, sur le dispositif de traitement des réclamations et l'accès à la médiation, etc.

IV.2 Nombre de réclamations traitées dans un délai supérieur à deux mois

Le délai de 2 mois visé est celui prévu par la recommandation de l'ACPR sur le traitement des réclamations applicable au cours de l'année sous revue.

IV.3 Médiation

- « Litiges » : sont à comptabiliser les demandes de médiation dont le médiateur a notifié la recevabilité à l'organisme au cours de l'année sous revue (y compris si ce dernier a refusé d'entrer en médiation).

B. Formulaire thématiques « Épargne - Retraite », « Santé - Prévoyance » et « Dommages »

I - DONNÉES D'IDENTIFICATION

Pour cette partie, se référer à « I - DONNÉES D'IDENTIFICATION » de la partie B.

II - DONNÉES D'ACTIVITÉ

Les définitions données dans cette partie se limitent aux éléments non définis par ailleurs.

II.1 Données générales

- « Primes nettes », « Prestations payées », « Prestations payées nettes de recours », « Charges des prestations », « Rachats payés », « Provisions d'assurance vie ouverture » et « Provisions d'assurance vie clôture » : s'entendent au sens des États Nationaux Spécifiques FR.13 / 14.

« Épargne - Retraite »

En présence d'un PER en points, il convient de considérer qu'il s'agit à la fois d'un PER et d'un contrat relevant de la branche 26 et donc de renseigner les deux lignes correspondantes. En revanche, tous les autres produits retraite en points sont à comptabiliser uniquement dans la ligne « Branche 26 ».

« Santé - Prévoyance »

- Toutes les lignes correspondent à des produits (idem tableau II.1 Données générales du formulaire « Socle ») à l'exception de celles dont l'intitulé commence par le mot « Garantie [...] ». Pour ces dernières, il convient de renseigner les données relatives aux garanties concernées quel que soit le type de produit dans lequel ces garanties sont logées (à l'instar de la logique « prudentielle », il peut donc s'agir d'une garantie principale mais également d'une garantie accessoire ou complémentaire). La somme des lignes « Garantie [...] » ne correspond donc pas nécessairement au total de la ligne produit concernée.

- « Personnes couvertes » vise :
 - Pour les organismes relevant du Code des assurances, les souscripteurs d'un contrat individuel ou adhérents à un contrat collectif et leurs ayants droit ;
 - Pour les organismes relevant du Code de la mutualité ou du Code de la sécurité sociale, les membres participants et leurs ayants droit.

« Dommages »

- Toutes les lignes correspondent à des produits à l'exception de celles dont l'intitulé commence par le mot « Dont [...] ». Pour ces dernières, il convient de renseigner les données relatives aux garanties du produit concerné.

II.2 Chargement et frais

« Épargne - Retraite »

- « Chargements » :
 - « Chargements d'acquisition » : renvoie aux « frais à l'entrée et sur versements » définis aux articles A. 132-8 du Code des assurances, A. 223-6 du Code de la mutualité et A. 932-3-10 du Code de la sécurité sociale.

 - « Chargements de gestion » : renvoie aux « frais en cours de vie du contrat » définis aux articles A. 132-8 du Code des assurances, A. 223-6 du Code de la mutualité et A. 932-3-10 du Code de la sécurité sociale.

 - « Autres chargements » : renvoie aux « frais de sortie » et aux « autres frais » définis aux articles A. 132-8 du Code des assurances, A. 223-6 du Code de la mutualité et A. 932-3-10 du Code de la sécurité sociale.

- « Frais » :
 - « Frais d'acquisition » : renvoie aux frais d'acquisition tels que définis à l'article 336-1 du Règlement n° 2015-11 du 26 novembre 2015 modifié de l'ANC, relatif aux comptes annuels des entreprises d'assurance.

- « Frais d'administration » : renvoie aux frais d'administration tels que définis à l'article 336-1 du Règlement n° 2015-11 du 26 novembre 2015 modifié de l'ANC, relatif aux comptes annuels des entreprises d'assurance.
- « Autres charges nettes de produits techniques » : renvoie aux frais internes et externes qui exceptionnellement ne peuvent être affectés aux frais d'acquisition et d'administration.
- « Frais de gestion des sinistres » : renvoie aux frais internes et externes occasionnés par le traitement des dossiers sinistres.

« Santé - Prévoyance » et « Dommages »

- « Chargements » : montant des primes perçues destiné à couvrir les frais de l'organisme.
- « Frais » : Ensemble des dépenses supportées par l'organisme, notamment pour la distribution et la gestion des contrats.

III - DISPOSITIF DE COMMERCIALISATION

À noter, uniquement pour la partie dédiée au dispositif de commercialisation du formulaire thématique « Santé – Prévoyance », qu'il convient de ne pas déclarer les données relatives aux adhésions à des contrats obligatoires souscrits par l'employeur au profit de ses salariés. Sont donc uniquement à renseigner les données relatives aux souscriptions/adhésions à des contrats individuels et à des contrats collectifs facultatifs, y compris lorsque ces derniers sont souscrits par l'employeur au profit de ses salariés.

Comme indiqué supra, lorsqu'un tiers intervient dans le processus de vente d'un produit de l'organisme mais que le contrat est *in fine* souscrit auprès du réseau salarié, il convient de considérer que la vente a été exclusivement réalisée par le tiers.

Dans le tableau III.1, il convient de ventiler les ventes de l'année sous revue, à l'exception de celles résultant d'un démarchage téléphonique (cf. infra) ou physique (au sens des articles L. 112-9 du Code des assurances, L. 221-18-1 du Code de la mutualité et L. 932-15-2 du Code de la sécurité sociale).

Dans le tableau III.2, il convient de ventiler les ventes de l'année sous revue résultant d'un démarchage téléphonique, c'est-à-dire les ventes soumises aux dispositions de l'article L. 112-2-2 du Code des assurances.

Catégories d'intermédiaires

- « Courtiers (hors EC / SF) » : il convient d'indiquer le nombre de ventes réalisées par des courtiers « finaux » ou de « proximité », c'est-à-dire par le dernier maillon de la chaîne de distribution.
 - « Dont courtiers grossistes » : il convient de préciser le nombre de ventes pour lesquelles des courtiers grossistes sont intervenus dans le dispositif de commercialisation, ces

derniers pouvant être définis comme des courtiers animateurs de réseaux (le plus souvent en mettant à disposition des outils de souscription, notamment informatiques) qui, le cas échéant, peuvent être co-concepteurs ou délégataires de gestion du produit commercialisé.

Canaux de distribution

- « En point de vente » : toute vente à l'exception de celles réalisées à distance (cf. infra).
- « Vente à distance » : ventes soumises aux dispositions de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, L. 221-18 du Code de la mutualité ou L. 932-15-1 du Code de la sécurité sociale.

IV - PUBLICITÉ

Le budget publicitaire fait référence aux seules sommes engagées, y compris à la suite d'une refacturation par une autre entité ou un prestataire de service, pour diffuser des publicités (achats d'espaces publicitaires, de listings/leads, frais d'envoi de mailing/emailing, etc.). Les sommes engagées pour la création des publicités ne sont donc pas à prendre en compte (honoraires des agences de publicité, des agences média/média digitales, etc.).

Lorsque l'organisme engage des dépenses publicitaires pour des produits commercialisés par plusieurs entités sans les leur refacturer, il doit alors déclarer l'ensemble des sommes engagées.

IV.1 Budget publicitaire total

- « Budget publicitaire total » : comprend à la fois le budget publicitaire (au sens précisé ci-dessus) institutionnel (cf. infra) et non institutionnel (cf. infra), quel que soit le support de communication. Il s'agit du budget toutes activités confondues. Dans un formulaire thématique donné, il ne s'agit donc pas uniquement du budget consacré à l'activité couverte par ce formulaire. Ainsi par exemple, si un organisme est soumis aux formulaires thématiques « Épargne - Retraite » et « Santé - Prévoyance », le budget publicitaire total à renseigner dans ces deux formulaires est le même et contient le « Dommages » si cet organisme réalise également des publicités en la matière (sans devoir pour autant remettre le formulaire thématique « Dommages »).
- « Budget publicitaire institutionnel » : sommes engagées pour promouvoir l'image, la marque ou la notoriété de l'organisme ou de son groupe d'appartenance, sans directement mettre en avant un produit spécifique ou ses caractéristiques. Il peut le cas échéant s'agir de sommes engagées au titre de publicités ayant pour finalité de favoriser le recrutement de collaborateurs.

IV.2 Budget publicitaire non institutionnel

- « Budget publicitaire non institutionnel » : sommes engagées par l'organisme pour promouvoir l'un de ses produits ou ses caractéristiques.

Concernant les publicités de nature mixte (institutionnelle et non institutionnelle), s'il n'est pas possible de ventiler les sommes engagées, l'organisme doit déclarer l'ensemble des sommes dans le budget non institutionnel.

Concernant les publicités qui font la promotion de plusieurs produits, s'il n'est pas possible de ventiler les sommes engagées, l'organisme doit déclarer l'ensemble des sommes au titre du produit prédominant dans la publicité.

Supports de communication

- « Presse et affichage » :
 - « Presse » : journaux, magazines, revues, etc. en version papier ou numérique qu'il s'agisse de presse nationale, régionale, gratuite, etc.
 - « Affichage » : support exposé dans un lieu public, y compris lorsqu'il s'agit de publicité extérieure numérique (Digital Out Of Home). L'affichage en agence n'est donc pas concerné, de même que l'affichage en salon/foire.

- « Audio digital » : podcasts, plateformes de diffusion en flux audio (streaming audio), enceintes connectées, livres audio, etc.

- « Bannières internet / mobile » : élément web cliquable, statique ou animé, pouvant revêtir différents formats dont l'habillage de page.

- « Réseaux sociaux » : notamment Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram, Youtube, TikTok, etc.

- « Applications mobiles (hors bannières) » : annonce publicitaire qui s'affiche en plein écran et qui vient recouvrir la page visitée, dès la page d'accueil ou comme transition entre deux pages (publicité dite « interstitielle »).

- « Emailing / Mailing » :
 - « Emailing » : campagnes publicitaires effectuées par courrier électronique.

 - « Mailing » : campagnes publicitaires effectuées par voie postale.

V - NOUVEAUX PRODUITS ET MODIFICATIONS SIGNIFICATIVES

- « Nombre total de produits » : sont à comptabiliser les produits ouverts à la commercialisation ou en gestion extinctive (« run-off »), y compris ceux « sur mesure » (i.e. élaborés à la demande d'un client donné, le client pouvant être une personne physique ou, si le contrat est collectif et obligatoire, le représentant d'un groupe de membres ; cf. point 3 de l'article 3 du règlement délégué 2017/2358 sur les exigences de surveillance et de gouvernance des produits – POG – et considérant 49 de la directive 2016/97 sur la distribution d'assurance).

- « Produits pour lesquels le dispositif de gouvernance a été mis en place » :

- « En nombre de produits » : nombre de produits en stock au 31/12 de l'année sous revue pour lesquels des mesures de surveillance et de gouvernance, au sens du règlement délégué susvisé relatif à la POG (*product oversight and governance*), ont été déployées, y compris alors même que la réglementation ne l'imposait pas (par exemple pour un produit antérieur à octobre 2018 n'ayant subi aucune modification significative).
- « En nombre de souscriptions / adhésions » : nombre de souscriptions / adhésions relatives à des produits pour lesquels des mesures de surveillance et de gouvernance, au sens du règlement délégué susvisé relatif à la POG (*product oversight and governance*), ont été déployées, y compris alors même que la réglementation ne l'imposait pas (par exemple pour un produit antérieur à octobre 2018 n'ayant subi aucune modification significative).
- « Nouveaux produits commercialisés » : produits conçus par l'organisme dont la commercialisation, y compris par un tiers, a débuté au cours de l'année sous revue.
- « Produits modifiés de manière significative » : correspond aux adaptations significatives apportées à un produit existant (article L. 516-1 du Code des assurances).

VI - DYSFONCTIONNEMENTS IDENTIFIÉS

La notion de « dysfonctionnement » inclut les manquements à la réglementation et les mauvaises pratiques. Doivent être pris en compte l'ensemble des dysfonctionnements identifiés, d'une part, au travers des réclamations (y compris lorsque le traitement est délégué à un tiers) et d'autre part, par l'audit (contrôles périodiques y compris lorsqu'ils sont externalisés).

- « Principaux dysfonctionnements » : les cinq principaux dysfonctionnements déclarés doivent être les plus critiques au regard de l'échelle interne d'évaluation de l'organisme.

Pour toute question relative aux données à déclarer à laquelle le présent guide n'apporterait pas de réponse, un courriel peut être envoyé à l'adresse suivante : gpc-dcpc@acpr.banque-france.fr.