

RECOMMANDATION 02 L'EXTRAIT DE COMPTE PRODUCTEUR

Sous A est repris premièrement la documentation originale de la version « sur papier » de ce document. Pour une version PDF de tel document cela revient au même. Sous le point B est repris la documentation de la version digitale de ce même document.

A / Sur papier

RELEVÉ DE COMPTE PRODUCTEUR

1. GENERALITES

- Format : le document initialement recommandé est de format DIN A4 horizontal.
Un deuxième modèle, de format DIN A4 vertical, est *recommandé* à ceux qui disposent d'une *imprimante à laser*.
- Papier suffisamment solide (70 gr min.) pour supporter l'écriture au stylo à bille.
- Couleur du papier et de l'impression au choix de la compagnie, mais permettant la photocopie.
- Les perforations de classement ne doivent pas être faites sur le document, mais le centre de celui-ci doit être indiqué de manière à pouvoir le perforer judicieusement.
- Impression unilingue.
- Les consignes générales aux agents et courtiers ainsi que les numéros de comptes financiers peuvent figurer au verso du document.
- Le relevé de compte regroupe toutes les écritures de même devise (du contrat) se rapportant à un même numéro de courtier ou d'agent et ayant été enregistrées dans un même mois.
- Les écritures doivent être présentées sur le document en séquence croissante de la clé de tri suivante :

CODE OPERATION	(rubrique 6 ci-dessous – 1 ^{ière} position)
BRANCHE (GROEP POLISTYPE en néerlandais)	(rubrique 7 ci-dessous – 1 ^{ière} position)
NUMERO DE POLICE	(rubrique 8 ci-dessous)
JOUR DE L'OPERATION	(rubrique 11 ci-dessous)

Spécificités dues au passage du BEF à l'Euro

- Pendant la période transitoire (1999-01-01 au 2001-12-31), l'intermédiaire peut choisir la devise de gestion de son compte producteur (soit BEF / soit EUR) de manière globale et irréversible.
- A partir du 2002-01-01 seul l'Euro sera désormais utilisé.
- Le changement de devise de gestion du compte (passage du BEF à l'EUR) ne peut avoir lieu que lors d'une clôture.
NB : la première édition d'un relevé de compte en EUR doit être précédé par un bordereau terme en Euro.
- Une information quant à la devise dans laquelle l'opération a été actée à l'origine (excepté pour le code opération 1 'terme') figure sur :
 - le relevé de compte producteur en version 'papier'
 - si la devise d'origine diffère de la devise de gestion, le nom du contractant est suivi d'un *
(entre rubrique 4 « Contractant » et rubrique 5 « Echéance/Sinistre »)

DESCRIPTION

N° de la rubrique	Titre	Description
1		Numéro de l'Intermédiaire (numéro du compte-producteur dans le système administratif-comptable de l'entreprise d'assurances)
2		Date du relevé de compte sous la forme SSAA-MM-JJ
3	Folio	Numéro de page
4	Contractant	Nom du contractant, le cas échéant à faire précéder par : – soit du numéro de la police collective (Assuralia), pour autant que le numéro n'ait pas été adopté comme numéro de police pour la gestion interne de l'entreprise d'assurances (voir rubrique 8) – soit de la référence du dossier chez l'intermédiaire, le numéro de police collective ci-devant ayant toutefois la priorité. – si la devise de gestion diffère de la devise originelle on ajoute un * (Cette donnée était propre à la période transitoire BEF-EUR et n'est plus d'application.)
4a	Flag Devise	* ou blanc (Cette donnée était propre à la période transitoire BEF-EUR et n'est plus d'application.)
5	Echéance/Sinistre	Echéance et numéro de quittance, ou numéro de sinistre
6	Nature de l'opération	a) Code opération. 1 ☐ TERME = total des primes et total des commissions du bordereau de quittances à terme remis pour encaissement à l'intermédiaire. Il s'agit donc uniquement de l'écriture globale relative à l'émission massive des quittances à terme. 2 ☐ COMPTANT = primes à encaisser et commissions y relatives suite à la réalisation de nouveaux contrats, à la modification de contrats en cours ou à des remises à l'encaissement de l'intermédiaire de quittances émises à l'encaissement par l'entreprise d'assurances (terme ou comptant). 3 ☐ REMBOURSEMENT DE PRIMES : et commissions y relatives. 4 ☐ ANNULATION : de primes et commissions relatives à des quittances à terme, au comptant ou de remboursement. 5 ☐ RENVOI DE QUITTANCE : par l'intermédiaire à l'entreprise d'assurances pour recouvrement par ses soins. 6 ☐ COMMISSIONS : – sur l'encaissement par l'entreprise d'assurances – autres sans imputation simultanée d'une prime (ex. : rappel, rectification). 7 ☐ SINISTRES ET LIQUIDATION VIE : indemnités payées ou franchises récupérées par l'intermédiaire. 8 ☐ DIVERS : opérations diverses autres que relatives aux primes et commissions (ex. : timbres fiscaux, frais de gestion). 9 ☐ OPERATIONS FINANCIERES : enregistrement des paiements effectués par : – des assurés (à l'entreprise d'assurances au lieu de l'intermédiaire) – les intermédiaires (ex. : solde du compte) – l'entreprise d'assurances (ex. : solde du compte). N.B. : les 2 positions libres du code opération peuvent être utilisées par les entreprises d'assurances pour détailler davantage les opérations ; par exemple : 901 – Opération C.C.P. ; 902 – Opération Caisse ; 910 – Précompte, etc... b) Libellé - Libellé explicitant la nature de l'opération. N.B. Un tel libellé est indispensable pour les opérations "Divers" et souhaité pour les autres. « REPORT » en tête de la première page indique le report de l'ancien solde en débit ou crédit. (Antérieurement avec un double affichage en EUR et en BEF, mais maintenant encore seulement en EUR.)

DESCRIPTION (SUITE)

N° de la rubrique	Titre	Description
7	Cat. branche	Codification de la branche à faire figurer en première position : 0 = Prêts 1 = Vie (y compris toutes les assurances de groupe et revenus garantis) ; 2 = Soins de santé et individuelles ; 3 = Incendie risques simples (y compris combinées) et risques connexes (y compris Vol) ; 4 = Responsabilité Civile (sauf Auto) ; 5 = Véhicules automoteurs (y compris occupants de voiture) ; 6 = Loi/accidents du travail (y compris gens de maison) ; 7 = Incendie risques industriels, entrepôts et risques connexes ; 8 = Transport ; 9 = Divers (notamment : bris de machines, tous risques chantiers, assurances assistance, protection juridique, assurances-vacances, etc...).
8	N° de Police	Numéro de police
9	Débit	– C : la présence d'un "C" indique que le montant qui le suit représente une commission – montant en débit N.B. : la première ligne de la première page reprendra le report de l'ancien solde si celui-ci est débiteur. – 2 colonnes permettant des pointages
10	Crédit	– C : la présence d'un "C" indique que le montant qui le suit représente une commission – montant en crédit N.B. : la première ligne de la première page reprendra le report de l'ancien solde si celui-ci est créditeur. – 2 colonnes permettant des pointages
11	J	Jour de l'opération comptable
12 13		Identification de l'entreprise d'assurances du groupe, ou du siège régional N.B. : 1 ☐ Pour les entreprises d'assurances travaillant en groupe ou avec des sièges régionaux ces rubriques permettent l'identification du siège d'émission et de gestion d'un contrat. 2 ☐ Les entreprises d'assurances n'utilisant pas ces rubriques peuvent disposer librement de l'espace qui leur est imparti.
14		Montant du solde débiteur Pendant la période de Transition : double affichage du solde comptable final en EUR et en BEF (si celui-ci est débiteur)
15		Montant du solde créditeur Pendant la période de Transition : double affichage du solde comptable final en EUR et en BEF (si celui-ci est créditeur)
16 17		Zones réservées aux entreprises d'assurances - Adresse (Zone A) ° nom de l'intermédiaire ° adresse ° code postal et localité - Raison sociale de l'entreprise d'assurances - Messages éventuels destinés à l'intermédiaire
18	Commissions du mois	Total des commissions du mois, précédé du signe « - » si le solde des commissions du mois est débiteur.
19	Commissions annuelles	Total des commissions depuis le 1er janvier de l'exercice, précédé du signe « - » si le solde des commissions annuelles est débiteur
21	Référence pour vos paiements	Référence à reprendre par l'intermédiaire dans la zone "communication" du bulletin de virement lors de paiements relatifs au solde de son compte. Il est recommandé d'utiliser une référence constante pour éviter aux intermédiaires informatisés une recopie systématique. Les compagnies peuvent par exemple utiliser le format VCS nnn/nnnn/nnnnn.

SPECIFICATION DE LA LONGUEUR DES DONNEES

N° de la rubrique	Rubrique	Longueur	
1	Numéro du compte-producteur de l'intermédiaire	8 caractères	
2	Date du relevé	10 caractères	
3	Folio	3 caractères	
4	Contractant	24 caractères + 0	24
4a	Flag Devise	1 caractère + 0	1
5	Echéance/Sinistre	11 caractères + 1	12
6	- Code Nature de l'opération	3 caractères + 1	4
	- Libellé de l'opération	17 caractères + 1	18
7	Catégorie/Branche	4 caractères + 1	5
8	Numéro de police	12 caractères + 1	13
9	Débit et code Commission	10 caractères + 2	12
10	Crédit et code Commission	10 caractères + 2	12
	2 x 2 colonnes de pointage	4 caractères	4
11	Jour de comptabilisation	2 caractères + 1	3
12	Siège	3 caractères + 1	4
13	Entreprise d'assurances	2 caractères + 1	3
		103 caractères + 12	115
14	Solde en débit	11 caractères + 1	12
15	Solde en crédit	11 caractères + 1	12
	2 x 2 colonnes de pointage	4 caractères	4
16	Zone A réservée à l'entreprise d'assurances	-	-
17	Zone B réservée à l'entreprise d'assurances	-	-
18	Commissions du mois	9 caractères + 1	10
19	Commissions annuelles	9 caractères + 1	10
21	Références pour paiement	14 caractères	14

1
PRODUCTEUR N°

2
RELEVÉ DE COMPTE PRODUCTEUR AU

EN DEV

3
FOLIO

4 CONTRACTANT	4A D	5 ECHEANCE N° DE SINISTRE	6 NATURE DE L'OPERATION (CODE/LIBELLE)		7 CATEG.. BRANCHE	8 N° DE POLICE	9 C DEBIT			10 C CREDIT			11 J	12	13	
24(+0)	1+0	11(+1)	3(+1)	17(+1)	4(+1)	12(+1)	1 (+1)	9(+1)	1	1 (+1)	9(+1)	1	1	2 (+1)	3 (+1)	2 (+1)
							14 DEV 11(+1) AUT 14		15 DEV 11(+1) AUT 15							

16
A

LES ZONES A ET B SONT RESERVEES A LA COMPAGNIE

17
B

- NOM/ADRESSE PRODUCTEUR (ZONE A SEULEMENT))
- MESSAGES DESTINES AU PRODUCTEUR)
- RAISON SOCIALE)

ZONES A ET B

REFERENCE POUR VOS PAIEMENTS	COMMISSIONS. DU MOIS	COMMISSIONS. ANNUELLES
21 14(+1)	18 9(+1)	19 9(+1)



LA SEMPITERNELLE

Bd. Point du Jour 123
1000 BRUXELLES
Tél. 02/234 56 78

Relevé au 2
Producteur n° 1
Folio 3

² DE COMPTE PRODUCTEUR (EN DEV)

16
A

A

BLOC ADRESSAGE A GAUCHE

Contractant	Flag D	Echéance N° sinistre	Nature de l'opération (code/libellé)	Cat Br.	N° de Police	C DEBIT	C CREDIT		J
4	4a	5	6	7	8	9	10	11	12 13

17
B

14 15

21	18	19
Référence pour vos Paiements	Commissions. du mois	Commissions. Annuelles

B) par télécommunication (TELEBIB2)

Cadre

L'extrait de compte se compose d'un message unique, structuré dans le format TELEBIB2.

Il s'agit d'un avis standard conçu à son origine par la Commission Mixte pour la Productivité. Il repose sur la structure du TELEBIB2.

Le « extrait de compte » porte le code-message 0701. Il est utilisé de la même manière par toutes les entreprises d'assurances pour tous les intermédiaires.

Structure de l'extrait de compte

L'extrait de compte comprend deux sections.

La première section reprend les données permettant d'identifier l'extrait de compte et les données n'apparaissant qu'une seule fois par extrait de compte, telles que l'ancien solde et le nouveau solde, le montant de la commission du mois et le montant de la commission de l'année.

La deuxième section reprend les lignes de l'extrait de compte.

D'après les recommandations d'Assuralia, l'intermédiaire devra, dès le 1^{er} janvier 1999, annoncer à une entreprise d'assurances la devise (BEF ou EUR) dans laquelle il souhaite effectuer sa comptabilité. (Aujourd'hui, en 2014 ceci ne peut être que l'EURO.)

L'extrait de compte sera toujours libellé dans cette devise.

Les écritures relatives aux contrats exprimés dans d'autres devises étaient marquées d'un astérisque sur l'extrait de compte 'sur papier'. (Ainsi cela était fait en dedans la période transitoire du BEF à l'EURO.)

Dans l'extrait de compte 'message télécommunication', cette indication était renseignée par un segment GIS. Vu que tous les montants sont toujours exprimés dans la même devise, l'utilisation d'un code de devise est superflue.

Structure

(Pour la version la plus complète et la plus récente, voir telle description sur le site-web du Telebib2.)

	XEH+07+1+0701'	
Date extrait de compte	DTM+010:date émission document:001'	(1)
Date de clôture	DTM+069:date de clôture:001'	(1)
Référence pour paiement	RFF+041:référence pour paiement'	
Code de devise	ATT+A660+code devise'	(2)
Solde débiteur initial	MOA+083:solde débiteur initial'	(3)
Solde créditeur initial	MOA+084:solde créditeur initial'	(3)
Solde débiteur	MOA+081:solde débiteur final'	(3)
Solde créditeur	MOA+082:solde créditeur final'	(3)
Commission totale du mois	MOA+085:commission totale du mois'	(3)
Commission totale de l'année	MOA+086:commission totale de l'année'	(3)
	XRH+1'	
Numéro de producteur, code siège	PTY+002+n°_FSMA:006 +n°_intermédiaire:002 +code_carte_échange:007 +code_siège'	(14)
	XRT+1'	
	XRH+1'	
Numéro OCA de l'assureur, code siège	PTY+006+n°_FSMA:006 +n°_intermédiaire:002 +code_carte_échange:007 +code_siège'	(15)
	XRT+1'	
<u>Par ligne d'extrait de compte</u>		
	XRH+1'	
pour comptabilisation d'un bord. terme	LIN+001'	
mois de comptabilisation	DTM+005:date de comptabilisation:001'	
montant débit	MOA+087:montant débit'	(3) (4)
montant crédit	MOA+088:montant crédit'	(3) (4)
description	FTX+019+description'	
	XRT+1'	
	XRH+1'	
pour comptabilisation d'un bord. Comptant	LIN+002'	
indice devise convertie	GIS+B305+code'	(5)
type de police	IPD+A502+type de police'	(6)
date de la comptabilisation	DTM+005:date de comptabilisation:001'	(1)
date de début	DTM+041:date de début:001'	(1) (7)
numéro de police	RFF+001:numéro de police'	
numéro de police UPEA	RFF+016:numéro de police UPEA'	
référence de producteur	RFF+003:référence producteur'	
numéro de la quittance	RFF+027:numéro de quittance'	
co-assurance	ATT+A020+code'	(13)
montant débit	MOA+087:montant débit'	(3)
montant crédit	MOA+088:montant crédit'	(3) (4)
	XRH+2'	
	PTY+003'	
nom, prénom du preneur	NME+001+nom:prénom'	
	XRT+2'	
	XRT+1'	

pour le remboursement des primes	indice devise convertie	XRH+1'	
	type de police	LIN+003'	
	date de comptabilisation	GIS+B305+code'	(5)
	date de début	IPD+A502+type de police'	(6)
	numéro de police	DTM+005:date de comptabilisation:001'	(1)
	numéro de police UPEA	DTM+041:date de début:001'	(1) (7)
	référence producteur	RFF+001:numéro de police'	
	numéro de la quittance	RFF+016:numéro de police UPEA'	
	co-assurance	RFF+003:référence producteur'	
	montant débit	RFF+027:numéro de quittance'	
	montant crédit	ATT+A020+code'	(13)
		MOA+087:montant débit'	(3) (8)
		MOA+088:montant crédit'	(3) (8)
pour la destruction d'une opération		XRH+2'	
	nom, prénom du preneur	PTY+003'	
		NME+001+nom:prénom'	
		XRT+2'	
		XRT+1'	
pour le renvoi d'une quittance			

pour la comptabilisation de commission	indice devise convertie	XRH+1' LIN+006' GIS+B305+code'	(5)
	type de police	IPD+A502+type de police'	(6)
	date de comptabilisation	DTM+005:date de comptabilisation:001'	(1)
	date de début	DTM+041:date de début:001'	(1) (7)
	numéro de police	RFF+001:numéro de police'	
	référence producteur	RFF+003:référence producteur'	
	numéro de la quittance	RFF+027:numéro de quittance'	
	montant débit	MOA+087:montant débit'	(3) (11)
	montant crédit	MOA+088:montant crédit'	(3) (11)
	description	FTX+019+description' XRH+2' PTY+003'	
	nom, prénom du preneur	NME+001+nom:prénom' XRT+2' XRT+1'	
pour la comptabilisation d'un sinistre	indice devise convertie	XRH+1' LIN+007' GIS+B305+code'	(5)
	date de comptabilisation	DTM+005:date de comptabilisation:001'	(1)
	date du sinistre	DTM+048:date du sinistre:001'	(1)
	numéro de police	RFF+001:numéro de police'	
	numéro sinistre	RFF+029:numéro du sinistre'	
	référence producteur	RFF+042:référence producteur'	
	montant débit	MOA+087:montant débit'	(3) (12)
	montant crédit	MOA+088:montant crédit'	(3) (12)
	description	FTX+019+description' XRH+2' PTY+003'	
	nom, prénom du preneur	NME+001+nom:prénom' XRT+2' XRT+1'	
pour les "divers"	indice devise convertie	XRH+1' LIN+008' GIS+B305+code'	(5)
	date de comptabilisation	DTM+005:date de comptabilisation:001'	(1)
	numéro de police	RFF+001:numéro de police	
	montant débit	MOA+087:montant débit'	(3) (12)
	montant crédit	MOA+088:montant crédit'	(3) (12)
	description	FTX+019+description' XRT+1'	
pour les opérations financières	indice devise convertie	XRH+1 LIN+009' GIS+B305+code'	(5)
	date de comptabilisation	DTM+005:date de comptabilisation:001'	(1)
	numéro de police	RFF+001:numéro de police	
	montant débit	MOA+087:montant débit'	(3) (12)
	montant crédit	MOA+088:montant crédit'	(3) (12)
	description	FTX+019+description' XRT+1'	
		XET+07'	

- (1) format JJMMSSAA
- (2) EUR (anciennement BEF ou EUR)
- (3) exprimé en euro-centimes (anciennement en francs belges ou euro-centimes suivant le code devise)
- (4) par définition **le montant débit contient la prime et le montant crédit** contient la commission
 Dans le cas exceptionnel d'une prime à encaisser avec une reprise de commission ce montant crédit est mis en négatif (ceci par manque de l'indicateur « C » lequel est dans ce cas utilisé sur le document-papier.) (*)
- (5) 1= la devise du document initial est différente de la devise de l'extrait de compte,
 2= la devise du document initial est la même que celle de l'extrait de compte
 (Est omis maintenant ; était important dans la période transitoire BEF – EUR.)
- (6) voir la recommandation 32 – la codification sectorielle des Types de Polices.
- (7) date de début de la période assurée
- (8) en cas de remboursement de prime, par définition le montant débit contient la commission **et le montant crédit contient la prime**
 Dans le cas exceptionnel d'une prime à décaisser avec une obtention de commission ce montant débit est mis en négatif (ceci par manque de l'indicateur « C » lequel est dans ce cas utilisé sur le document-papier.) (*)
- (9) 1=s'il s'agit d'annulation ou de retour d'une quittance de remboursement,
 2=s'il s'agit d'un cas normal (peut être omis)
- (10) par défaut le montant débit contient la commission et **le montant crédit contient la prime**. S'il s'agit de retour ou d'annulation d'une quittance de remboursement (indiqué par GIS+B325), **le montant débit contient la prime et le montant crédit** contient la commission.
 Voir la remarque sous les (4) et (8). Dans le cas exceptionnel d'une commission en direction inverse, ce montant est ici aussi mis en négatif. (*)
- (11) le montant contient la commission (débit si négatif)
- (12) par définition des montants **primes et/ou commissions** sont impossibles
- (13) 1=co-assurance, compagnie apéritrice,
 2=co-assurance, compagnie non-apéritrice (le segment ATT+A020 doit être omis s'il n'y a pas de co-assurance)
- (14) Le code d'échange tel qu'utilisé dans les « échange 80 » pour identifier un intermédiaire, peut maintenant être utilisé pour identifier le siège d'un intermédiaire.
- (15) Le code d'échange tel qu'utilisé dans les « échange 80 » pour identifier une entreprise d'assurances, peut maintenant être utilisé pour identifier le siège d'une entreprise d'assurances.

(*) Cet effet (exceptionnel) inversé sur la commission peut se produire quand un calcul de prorata en plus génère une commission relativement basse en même temps qu'un calcul de prorata en moins génère une commission relativement haute.

Exemple :

Prorata à encaisser :	prime	+100,-	commission accordée	+10,-
Prorata à décaisser :	prime	-80,-	commission reprise	-16,-
Total :	prime à encaisser	+20,-	commission reprise	-6,-

Remarquez aussi que tel cas peut être représenté sur le document-papier moyennant deux lignes ; la première pour la prime, et la deuxième pour la commission (C), et les deux donc exceptionnellement en débit (4) ou exceptionnellement en crédit (8).

Et pour être complète, remarquez aussi que le renvoi ultérieur éventuel de tel cas (10) peut être représenté de manière similaire par deux lignes, avec les deux en crédit [(10) après (4)], ou avec les deux en débit [(10) après (8)].

RECOMMANDATION 03 BRB (Bordereau Retour Borderel)
--

A / Sur papier

RETOUR DE QUITTANCES AUX ENTREPRISES D'ASSURANCES



BORDEREAU RETOUR BORDEREL

Cet échange d'informations structurées est destiné à faciliter et à accélérer le crédit en compte des retours de quittances.

(20.10.2014 : Comme décrit ci-dessus, ceci implique que ne sont traitées que les quittances à encaisser, en non les quittances à décaisser (à rembourser).

Une interprétation plus large est possible, pour ne pas dire souhaitable.

Dans cette interprétation plus large il est mieux de parler de comptabiliser (contre-passer) le retour de quittance, et les codes opération « encaissement par la compagnie » doivent être interprétés en fonction de la quittance retournée laquelle est soit à encaisser soit à décaisser.)

Durant la période transitoire précédant le passage à l'Euro (1999-01-01 au 2001-12-31), ce document reste mono-devises, soit BEF, soit EUR, au choix de l'émetteur ; ce choix doit être clairement précisé dans le titre du document.

Normalement, le BRB devrait être libellé dans la devise de la quittance concernée.

(20.10.2014 : Si vous avez difficulté avec l'interprétation des mots Avis d'échéance / Demande de paiement / Quittance, lisez alors sous la recommandation 09 comment ces choses ont évoluées dans le temps et ce que doit y être compris aujourd'hui.)

1. Description du contexte

1.1. Seule la comptabilité est concernée par le retour de quittance

Il s'agit d'un RENVOI pur et simple de la quittance à la comptabilité (code opération "5").

Il y a uniquement modification de la responsabilité de la charge d'encaissement. La prime doit être encaissée par la compagnie.

Il est important de préciser si cela vise :

- la quittance présente (code "S", "U" et "Z")
- la quittance présente et les quittances futures (code "T")

1.2. La comptabilité et la production sont concernées

La modification d'une des caractéristiques de la quittance est nécessaire.

La comptabilité doit procéder à l'ANNULATION pure et simple de l'écriture comptable (code opération "4").

Deux situations sont à l'origine de cette opération :

- soit une demande de modification du contrat est demandée simultanément ou a été demandée antérieurement à la Production (code "B"),
- soit, mais uniquement en branche Vie Individuelle, il y a refus de l'indexation automatique de la prime par le client (code "G").

Comme un des paramètres qui a donné lieu à l'émission de la quittance doit être modifié ou précisé, la Production doit intervenir pour enregistrement dans les fichiers et réémission éventuelle d'une nouvelle quittance.

Les codes opération "4" et "5" ont également été définis par la Commission Mixte de Productivité (voir les recommandations 02 "relevé de compte producteur" et 05 "bordereau des quittances terme").

2. Méthode de travail préconisée dans chaque situation

2.1. Seule la comptabilité est concernée

Utilisation d'un B.R.B. en complétant la rubrique RENVOI (code opération "5") : en précisant le code "S", "T", "U", ou "Z".

2.2. La comptabilité et la production sont concernées

Utilisation de :

- a ☐ un B.R.B. adressé à la Comptabilité en complétant la rubrique ANNULATION (code opération "4") : en précisant le code "B" ou "G" ("G" exclusivement en branche Vie Individuelle).

La mention du code "B" signifie : "voir le message envoyé par ailleurs à la Production".

Aucun texte libre ne doit être mentionné sur le B.R.B.

- b ☐ une demande d'avenant envoyée précédemment ou simultanément à la Production.

3. Transmission du B.R.B.

Le B.R.B. peut être transmis à la compagnie sur et par deux supports différents.

3.1. Par document papier

Le choix de la communication "papier" implique de réaliser un document séparé pour chacune des fonctions (B.R.B. et demande d'avenant).

Deux solutions sont possibles :

- a ☐ sur papier autocopiant selon le modèle unilingue ou bilingue ci-joint, permettant d'être rempli à la main ou à la machine.

Son format est de DIN A5 (210 mm hauteur sur 148 mm largeur).

Pliés en deux, il entre dans une enveloppe américaine à fenêtre.

Le document B.R.B. sur papier autocopiant peut être obtenu auprès des associations professionnelles de courtiers d'assurances.

L'original est destiné à la compagnie, les copies au producteur : la copie rose ira à la comptabilité, la jaune au dossier police.

- b ☐ pour le producteur informatisé, sur un papier d'imprimante selon le (deuxième) modèle ci-dessous ; dans ce cas, ne reprendre que les codes d'application au cas.

Il établira des copies pour ses dossiers suivant son organisation.

Nous rappelons au producteur qu'il est nécessaire de mentionner son nom, adresse et téléphone sur le document, soit au moyen de l'imprimante, soit en pré-imprimé.

Nous lui demandons également de respecter le "sigle" du B.R.B. dans sa forme et sa présentation.

3.2. Par message électronique

Grâce à son ordinateur relié à un centre d'échanges électroniques de données, l'intermédiaire (le producteur) a la possibilité de transmettre le B.R.B. et la demande d'avenant éventuelle selon les modalités pratiques définies par le centre si l'entreprise d'assurances (la compagnie) y est également reliée.

Nom du Producteur
Rue et numéro
0000 Ville
Tél. : 02/345.67.89
CCP : 000/123.45.67.78

T.V.A. : non assujetti

Nom de la compagnie
Rue et numéro
000 Ville

Naam van de Producteur
Straat en nummer
0000 Stad
Tel : 02/345.67.89
CCP : 000/123.45.67.78

B.T.W. : niet onderworpen

Naam maatschappij
Straat en nummer
000 Stad

Bordereau Retour Borderel

DEVISE DU DOCUMENT : DEV

B.R.B.

Notre référence

Date

La quittance décrite ci-dessous et jointe doit être CREDITEE à notre compte Producteur :

CONTRACTANT :

BRANCHE :

POLICE N° :

ECHEANCE/EFFET :

PRIME TOTALE :

COMMISSION :

MOTIF DU RETOUR

ANNULATION

B. demande de modification du contrat demandée, (voir message envoyé par ailleurs à la Production).
G. vie individuelle : refus indexation automatique.

RENOI

S. encaissement par la compagnie de la présente.
T. encaissement par la compagnie de la présente et des quittances futures.
U. encaissement par la compagnie, l'avis d'échéance a été retourné 'adresse inconnue'
Z. encaissement par la compagnie, après SEPA Direct Debit Refund au client, le délai de retour étant dépassé

**Ceci est un document strictement comptable.
Ne pas communiquer d'autres informations sur ce document.**

Bordereau Retour Borderel

MUNT VAN HET DOCUMENT : MUN

B.R.B.

Onze referentie

Datum

De ingesloten kwijting, hieronder vermeld, dient GECREDITEERD te worden op onze Producentenrekening :

CONTRACTANT :

TAK :

POLISNR. :

VERVALDAG/AANVANG :

TOTALE PREMIE :

COMMISSIE :

REDEN VAN TERUGZENDING

VERNIETIGING

B. aanvraag tot wijziging van het contract werd ingediend (zie trouwens bericht aan de produktie).
G. individuele leven : weigering tot automatische indexering.

TERUGZENDING

S. inning door de maatschappij van onderhavige kwijting.
T. inning door de maatschappij van onderhavige kwijting en van de volgende kwijtingen.
U. inning door de maatschappij, het vervaldagbericht kwam terug 'adres onbekend'
Z. inning door de maatschappij, na SEPA Direct Debit Refund aan klant, met terugzendtermijn verstreken

**Dit is een strikt boekhoudkundig document.
Geen andere inlichtingen op dit document vermelden.**

B. R. B.

Bordereau retour en : EURO

Notre référence :

Date

La quittance décrite ci-dessous et jointe doit être CREDITEE à notre compte Producteur :

CONTRACTANT		BRANCHE	
N° Police	Echéance/Effet	Prime totale	Commission

MOTIF DE RETOUR

ANNULATION (code opération 4)

- B. ☐ demande de modification du contrat demandée, (voir message envoyé par ailleurs à la Production).
- G. ☐ vie individuelle : refus indexation automatique.

RENOI (code opération 5)

- S. ☐ encaissement par la compagnie de la présente
- T. ☐ encaissement par la compagnie de la présente et des quittances futures.
- U. ☐ encaissement par la compagnie, l'avis d'échéance a été retourné 'adresse inconnue'
- Z. ☐ encaissement par la compagnie, après SEPA Direct Debit Refund au client, le délai de retour étant dépassé

**Ceci est un document strictement comptable.
Ne pas communiquer d'autres informations sur ce document.**

B / Par télécommunication (TELEBIB2)

(Voir le site-web du Telebib2 pour la description la plus complète et la plus récente de ce message.)

Le contenu :

	XEH+03+1+0302'	
Code opération B.R.B.	GIS+BBRB+ code opération B.R.B.'	(1)
Date début période assurée	DTM+041:date début:001'	(2)
Numéro de quittance	RFF+027:numéro de quittance'	
Numéro de police	RFF+001:numéro de police'	
Code de devise	ATT+A660+code de devise'	(3)
Total à payer	MOA+012:total à payer'	(4)
Commission	MOA+015:montant commission'	(4)
	XRH+1'	
Numéro de producteur	PTY+002+nr_FSMA:006 +nr_d'agent_auprès_la_co:002 +code_carte_échange_producteur:007'	
Numéro de référence producteur	RFF+003:numéro de référence producteur' XRT+1' XRH+1' PTY+003+nr_client_chez_assureur:002 +nr_client_chez_producteur:003'	
Nom, prénom du preneur d'assurance	NME+001+ nom:prénom' XRT+1' XRH+1'	
Assureur	PTY+006+nr_FSMA:006 +nr_d'agent_auprès_la_co:002 +code_carte_échange_assureur:007' XRT+1' XET+03'	

(1) les codes opération sont :

- B=Une modification est apportée,
- G=Vie individuelle : refus d'indexation automatique,
- S= Encaissement par la compagnie de la présente quittance,
- T= Encaissement par la compagnie de la présente quittance et des quittances futures
- U= Encaissement par la compagnie – adresse inconnue
- Z= Encaissement par la compagnie – refund

(2) format JJMMSSAA

(3) maintenant EUR (anciennement BEF ou EUR)

(4) maintenant exprimé euro-cent (anciennement en francs belges ou euro-cent en fonction du code de devise)

RECOMMANDATION 05 BORDEREAU DES QUITTANCES A TERME

Le mieux est de considérer la recommandation 05 « Bordereau des quittances à terme » et la recommandation 21 « Bordereau quittance au comptant » comme un ensemble. Ceci favorise la cohérence quant au traitement (comptable) des « avis d'échéance », qu'ils sortent de la gestion terme, ou qu'ils sortent de la gestion production « nouvelles affaires » ou « avenants ».

Le “Bordereau Quittances Terme” est un document purement comptable. Pour chaque quittance terme ce bordereau contient uniquement des données qui permettent de comptabiliser une quittance terme sur le relevé de compte du producteur. Cette comptabilisation ne s'effectue jamais, quittance terme par quittance terme, mais uniquement au niveau du bordereau.

(10.12.2014 : A son origine, ce « bordereau quittances terme » était peut-être bien un document purement comptable, mais dans le passé il y a quand-même été ajouté des informations comptablement non nécessaires. Pensez à la prime nette et le degré bonus-malus, les deux en R.C. Auto, et au chiffre d'indexation pratiqué en plusieurs branches.)

Il doit être évident que le “Bordereau Quittances terme” ne peut pas être utilisé comme alternative à “L'avis d'échéance – Demande de paiement” (voir recommandation 9).

(10.12.2014 : Aujourd'hui ce choix a été fait quand-même, mais dans l'autre sens et uniquement pour les échanges électroniques, non pour les échanges papier. Un ensemble de « avis d'échéance » correspondant avec le même ensemble de « quittances » présentes dans le « bordereau des quittances à terme » est aujourd'hui l'alternative à ce bordereau.

Le message 0702 décrit ci-dessous n'est à ce jour pas pris en production.)

Si on veut permettre au producteur de vérifier l'exactitude d'un “Bordereau Quittances terme” (voir recommandation 2 – code opération 1), comptabilisé sur son compte, l'envoi d'un “Bordereau Quittances terme” est la seule façon de faire.

B) Sur papier

I. GENERALITES

- Format : le document initialement recommandé est de format DIN A4 horizontal; un deuxième modèle, de format DIN A4 vertical, est recommandé à ceux qui disposent d'une imprimante à laser.
- Papier suffisamment solide (70 grammes. min.) pour supporter l'écriture au stylo à bille.
- Couleur du papier et de l'impression au choix de la compagnie, mais permettant la photocopie. Couleur éventuellement différente de celle du relevé de compte.
- Les perforations de classement ne doivent pas être faites sur le document, mais le centre de celui-ci doit être indiqué de manière à pouvoir le perforer judicieusement.
- Impression unilingue.
- Les consignes générales aux producteurs ainsi que les numéros de comptes financiers peuvent figurer au verso du document.
- Les écritures doivent être présentées sur le document en séquence de la clé de tri suivante (un document par devise)
 - TYPE D'ENCAISSEMENT, dans l'ordre : encaissement par compagnie, encaissement producteur,
 - BRANCHE (GROEP POLISTYPE en néerlandais)
 - NUMERO DE POLICE.
- Le bordereau est mono-devises. La devise d'application pour l'ensemble du bordereau est indiquée dans le titre et reprise sur chaque page.
Pour information, les polices émises dans une autre devise que celle du bordereau seront marquées d'une * (voir rubrique 4 “Contractant”).

- Les totaux encaissement compagnie et encaissement producteur doivent être fournis séparément, éventuellement dans le corps du document pour l'encaissement compagnie si un seul document est utilisé pour les deux types d'encaissement.
- Chaque folio doit être titré par les mentions "Encaissement compagnie" - "Encaissement producteur". Dans le cas d'utilisation d'un seul document pour les deux types d'encaissement, les écritures relatives à chaque type d'encaissement doivent être précédées des mentions : ENCAISSEMENT COMPAGNIE et ENCAISSEMENT PRODUCTEUR dans la rubrique 4, contractant."

II. DESCRIPTION

Numéro de la rubrique	Titre	Description
1	Producteur	Numéro de producteur
2	Bordereau des quittances terme de SSAA-MM (en DEV)	Date d'échéance des quittances terme sous la forme SSAA-MM +Devise d'application pour le bordereau sous la forme DEV (code ISO "EUR")
3	Folio	Numéro de page
4	Contractant	Nom du contractant NB1 : voir rubrique 8
4a	Flag Devise	NB2 : une * après le nom indique pour les bordereaux en EUR que la police est gérée en MUN
5	Jour Ech.	Jour de l'échéance de la quittance terme
6	Frac.	Fractionnement codifié de la manière suivante : Mensuel : 4 Trimestriel : 3 Semestriel : 2 Annuel : 1 Autres : 9
7	Catégorie Branche	Codification de la branche d'assurance NB : Codification suivant la liste Telebib2 A500.
8	Numéro de police	Numéro de police octroyé par la compagnie. En ce qui concerne le numéro de police Assuralia (polices collectives), à défaut de pouvoir l'indiquer dans la rubrique 8, il est suggéré de l'indiquer dans la rubrique 4 au niveau des 7 derniers caractères.
9	Total à payer	Total à payer par le client, c'est-à-dire impôts et frais compris, exprimé dans la devise du bordereau.
9a		Une colonne permet le pointage. Dans le cas où la prime de l'échéance précédente est impayée, cette colonne peut comporter un signe distinctif (de préférence *).
10	Commission	Commission, exprimée dans la devise du bordereau. Dans le cas d'une affaire reprise par "Mandat de placement", le producteur dépossédé voit apparaître dans cette rubrique, au mois de la quittance, la portion de commission qui lui reste due. Dans ce dernier cas, les rubriques total à payer et montant net sont vierges.
		Une colonne permet le pointage.
11	Montant net	Montant net c'est-à-dire sans les impôts et les frais.
		Une colonne permet le pointage.
12	Prime R.C. Auto	Montant "net" de responsabilité civile en assurance Automobile, exprimé dans la devise du bordereau
13	Degré BM.	Degré (1 à 18) bonus-malus appliqué à la prime R.C. Automobile.
14	Indice à l'échéance	Seul l'indice R.V. Automobile est obligatoire.
15		Zone libre réservée aux compagnies.
16 et 17		Indication de groupes de compagnies ou de sièges régionaux. NB : 1) Pour les compagnies travaillant en groupe ou avec des sièges régionaux, ces rubriques permettent l'identification des sièges

Numéro de la rubrique	Titre	Description
		d'émission (16) et de gestion (17) d'un contrat. 2) Les compagnies n'utilisant pas ces rubriques peuvent disposer librement de l'espace qui leur est imparti.
18 et 19		Zones réservées aux compagnies - Adresse (zone A) ° Nom du producteur ° Adresse ° Code postal et localité - Raison sociale de la compagnie - Messages éventuels destinés au producteur ou indications administratives propres à la compagnie.

1
PRODUCTEUR N°

2
BORDEREAU DES QUITTANCES TERME DE SSAA-MM (EN DEV)

3
FOLIO

CONTRACTANT ⁴	D 4a	Jour Ech.	Frac.	Catégorie Branche	N° de police	Total à payer		Commission	Montant net		Prime R.C. auto	Degré B.-M.	Indice à l'échéance					
		5	6	7	8	9		10	11		12	13	14	15	16	17		
24p(+0)	1p +0	2p(+1)	1p(+1)	4p(+1)	12(+1)	9p(+1)	1p	8(+1)	1p	9p(+1)	1p	Ceci peut disparaître?	8p(+1)	2p(+1)	6p(+1)	8p(+1)	3p(+1)	2p(+1)



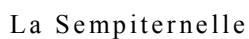
A

LES ZONES A ET B SONT RESERVEES A LA COMPAGNIE

19

B

- NOM/ADRESSE PRODUCTEUR (ZONE A SEULEMENT)
- MESSAGES DESTINES AU PRODUCTEUR)
- RAISON SOCIALE) ZONES A ET B



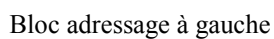
BD. POINT DU JOUR 123
1000 BRUXELLES
TEL. 02 / 234 56 78

BORDEREAU	2
PRODUCTEUR	1
FOLIO	3

BORDEREAU DES QUITTANCES TERME SSAA-MM (en DEV)

A

A



Ceci peut disparaître?

P = LA COMMISSION REVIENT EN TOUT OU PARTIE A L'ANCIEN
PRODUCTEUR

* = LA QUITTANCE PRECEDENTE ET/OU LA FRANCHISE CONTRACTUELLE EST ENCORE IMPAYEE

B = DOMICILIATION BANCAIRE

CMS 2014-12
(Updated 12/12/2014)

recommandation 05
page 5/7

B) par télécommunication (TELEBIB2)

Structure

Pour une description complète de la structure de TELEBIB2, nous vous renvoyons aux informations à ce sujet, que vous trouvez sur le site-web du TELEBIB2.

C'est bien là que les informations les plus complètes ainsi que les plus récentes sont disponibles, alors qu'ici nous nous contentons d'une description sommaire de l'élémentaire.

Un échange se compose d'un fichier texte avec un texte continu.

Dans la description ci-dessous, les différents éléments sont présentés sur plusieurs lignes. Néanmoins, toutes ces données doivent apparaître à la suite les unes des autres, sans espaces ni "hard returns" (retour à la ligne). □

Chaque partie du message comprend :

Un identificateur de segment ou rubrique : 3 lettres

Un signe "+"

Un ou plusieurs identificateur(s), séparé(s) par des signes "+"

Un ou plusieurs contenu(s), éventuellement séparé(s) par des signes ":"

Un signe "'" (apostrophe) indiquant la fin d'un élément et permettant éventuellement de terminer un segment prématurément.

Dans les exemples ci-dessous, tous ces signes doivent être repris tels quels.

Cadre

Le bordereau quittances est un avis standard conçu à l'origine par la Commission Mixte pour la Productivité et reposant sur la structure fournie dans le TELEBIB2.

Le bordereau a pour code 0702.

En général sont envoyés par mois, par intermédiaire, par compte producteur, deux bordereaux ; un par code d'encaissement.

Structure du bordereau

	XEH+07+1+0702'	
Mois de comptabilisation	DTM+005:mois de comptabilisation:005'	(1)
Date d'émission bordereau	DTM+010:date d'émission:001'	(6)
GUID du message	RFF+084:GUID'	
Code d'encaissement	ATT+A600+code d'encaissement'	(2)
Code de devise	ATT+A660+EUR'	(3)
Montant débit	MOA+087:montant débit:EUR:2'	(4)
Montant crédit	MOA+088:montant crédit:EUR:2'	(4)
Nombre de documents annexes	QTY+134:1'	
	XRH+1'	
Numéro de producteur, code siège	PTY+002+n°_FSMA:006	
	+ n°_agent_auprès_de_la_cie:002	
	+code_carte_échange:007	(8)
	+code_siège'	
	XRT+1'	
	XRH+1'	
N° FSMA de l'assureur, code siège	PTY+006+n°_FSMA:006	
	+n°_agent_auprès_de_la_cie:002	
	+code_carte_échange:007	(8)
	+code_siège'	(9)
	XRT+1'	

(continuez à la page suivante)

<u>Par quittance dans le bordereau</u>	XRH+1'	
	LIN+001'	
Indice devise convertie	GIS+B305+code'	(5)
Indication Branche	IPD+A500+code'	
Echéance	DTM+004:date_d'échéance:001'	(6)
Numéro de police	RFF+001:numéro_de_police'	
Numéro de quittance	RFF+027:numéro_de_quittance'	
Code monnaie	ATT+A600+xxx'	
Type comptant à encaisser	ATT+B001+1'	
Indice quittance précédente impayée	BIN+B055+code'	(7)
Montant net en monnaie xxx	MOA+013:montant:xxx:2'	
Montant frais en xxx	MOA+017:montant:xxx:2'	
Montant taxes et cotisations en xxx	MOA+016:montant:xxx:2'	
Montant total à payer	MOA+012:montant:xxx:2'	
Montant Commission en xxx	MOA+015:montant:xxx:2'	
Montant débit	MOA+087:montant_débit:EUR:2'	(4)
Montant crédit	MOA+088:montant_crédit:EUR:2'	(4)
	XRH+2'	
Preneur d'assurance, réf. assureur	PTY+003+référence_à_la_cie:002	
Preneur d'assurance, réf. Intermédiaire	+référence_chez_le_producteur:003'	
Preneur d'assurance, Nom et Prénom	NME+001+nom:prénom'	
	XRT+2'	
	XRT+1'	
	XET+07'	

- (1) format MMSSAA
(2) 3=compagnie, 4=producteur
(3) EUR
(4) exprimé en euro-cent
(5) si la devise de le quittance comptant est autre que celle du bordereau, code=1, autrement code=2 ou ne pas utiliser le segment GIS+B305.
(6) format JJMMSSAA
(7) 1 = une quittance précédente est impayée, 2 = toutes les quittances précédentes sont payées (en remplacement de l'utilisation de la valeur 2, le segment BIN+B055 peut être omis)
(8) Le code d'échange tel qu'utilisé dans l'échange80 pour identifier un intermédiaire-producteur peut être utilisé toujours, indépendamment du code pour identifier le siège de ce producteur.
(9) Le code d'échange tel qu'utilisé dans l'échange80 pour identifier un assureur peut être utilisé toujours, indépendamment du code pour identifier le siège de cet assureur.

RECOMMANDATION 06 AUX INTERMEDIAIRES AVIS DE MODIFICATION – Objets de Risque en général - PROTOCOLE D'APPLICATION

Le 16.10.2014, un « groupe de travail – recueil blanc » sous l'égide de la CMS, décide que cette recommandation 06 « Avis de modification – Véhicules Automoteurs » n'est plus valable. Ce genre d'informations est maintenant échangé par voie électronique. La seule référence en telle matière est la documentation disponible sur le site-web www.telebib2.org.

Mais ceci implique que pour tous les cas possibles de véhicules automoteurs et leurs remorques, telle voie électronique soit disponible ; là on va trop vite, et on se limite à tort qu'aux seuls véhicules.

Les modules spécifiques des assureurs ne permettent pas le traitement de cent pour cent de tous les cas. Au moins dans certaines niches, les processus moins automatisés persistent.

Ces cas et processus dépassent aussi les seuls véhicules, et touchent à tout type d'objet de risque, les garanties sous-jacentes, les polices au-dessus.

C'est pourquoi nous soulignons que le message MPB (« Message Production / Productie-Bericht ») décrit dans le Telebib2 est bien ce qu'il faut utiliser.

Du fait que, lors de la réécriture de cette recommandation (en début 2015), quelques lacunes ont été remarquées dans ce message MPB, une nouvelle version a été dressée (MCI M0123 v.8).

(MCI : Message Content Inventory)

Nous partons là de l'hypothèse que tout package de gestion est capable de fabriquer ce genre de message structuré (codé), et que tout assureur est capable de le réceptionner et de le traiter, minimalement en le transformant en ce que nous appelons message déstructuré (décodé) et donc message lisible textuellement.

RECOMMANDATION 07
MESSAGE SINISTRE / SCHADE BERICHT
M.S.B.

Introduction et historique

Le message sinistre (MSB) constitue l'une des premières réalisations de la Commission Mixte de Productivité.

Ce document n'était utilisé que par les intermédiaires.

Les assureurs recouraient à leurs propres documents et à un document standard établi par Assuralia (à ces jours l'UPEA).

Comme il était de moins en moins aisé de faire la distinction entre les tâches de l'intermédiaire et celles de l'assureur, une fusion de ces deux documents s'imposait.

En 1997, un tableau de codes était dressé, étant utilisable pour les assureurs et les intermédiaires.

Le document pouvait être envoyé tant à l'assureur et à l'intermédiaire des parties adverses, qu'entre l'assureur et l'intermédiaire du même assuré.

De nombreuses rubriques étaient en outre utilisables dans la correspondance avec d'autres parties (experts, avocats, ...).

Enfin, certaines rubriques pouvaient également être utilisées dans la correspondance avec les clients, même si ce n'était pas l'objet de cette recommandation.

Aujourd'hui

(Début 2015)

Cette recommandation n'a jamais été implémentée, alors que, en sein du Groupe de Travail de Normalisation, les messages sinistres (électroniques) « MSB – origine intermédiaire » (code objet-action 0203) et « MSB – origine assureur » (code objet-action 0207) ont été conçus.

Ces deux messages sont aujourd'hui (2014) implémentés par un certain nombre d'acteurs du marché.

Les codifications des « paragraphes » distincts sont repris dans deux tables :

CMSA – MSB-code – origine courtier

CMSB – MSB-code – origine assureur

CMSA – MSB codification origine intermédiaire	CMSB – MSB codification origine assureur
	10 – TEXTE LIBRE ...
11 – NOUS TRANSMETTONS : le compte bancaire pour l'indemnisation	11 – Intentions de règlement de cette affaire ?
12A – NOUS TRANSMETTONS : le no TVA du client	12A – Demandons devis détaillé des réparations
12B – NOUS TRANSMETTONS : le pourcentage de récupération TVA	12B – Demandons un certificat medical
	12C – Demandons details autres dommages
	12D – Demandons copie P.V. d'expertise
13 – NOUS TRANSMETTONS : le no du PV de police	13 – Envoyons document
	13A – Envoyons un devis
	13B – Envoyons un certificat medical
	13C – Envoyons details autres dommages
	13D – Envoyons copie P.V. d'expertise
14 – NOUS TRANSMETTONS : le garage, le réparateur	14 – Dem. votre client envoyer devis
15 – NOUS TRANSMETTONS : documents mentionnés ...	15 – D'accord sur le devis ?
	16A – Version de votre client ?
	16B – Nom, adresse, explications témoins
	17A – Adressons version de notre client
	17B – Adressons copie des temoignages
	17C – Adressons version de l'adversaire
	18 – Le dossier est à l'enquête
	19 – Nous interrogeons les témoins
	1A – Accord de principe du coût des réparations ...
	1B – Notre expert en a fixé le montant ...
	20 – Demandons précisions à notre assure

21 – NOUS TRANSMETTRE : Copie déclaration accident	
	21A – Attendons copie dossier repressif
	21B – Veuillez nous transm. votre copie
	21C – Transmettons copie communication
	21D – Nous vous restituons votre copie
	21E – Veuillez nous restituer la copie
22 – NOUS TRANSMETTRE : Copie proces verbal d'expertise	22 – Justific. indemn. de chômage ?
23 – NOUS TRANSMETTRE : Déposition des témoins	
	23A – Attendons facture des reparations
	23B – Nous vous transmettons ce document
	23C – Nous vous restituons ce document
	23D – Veuillez restituer ce document
24 – NOUS TRANSMETTRE : Facture des réparations en retour	24 – Préférons laisser trancher le Tribunal
25 – NOUS TRANSMETTRE : Quitt. d'indemnité selon decompte ...	
	25A – Vous trouverez en annexe une quittance
	25B – Accompagnée d'un désistement
	25C – Signature + modalités de paiement
	25D – Signature + envoi à cie d'ass. Adverse
26 – NOUS TRANSMETTRE : Documents mentionnés ...	26 – Affaire considérée comme terminée
27 – NOUS TRANSMETTRE : Votre suivi des actions	
	27A – Réf, nom, adresse de l'assuré
	27B – Pas de trace de contrat de l'affaire
	27C – Notre assuré n'a pas encore déclaré l'accident
	27D – Prenons contact avec l'assuré présumé
28 – NOUS TRANSMETTRE : Votre dossier (informatisé) complet	28 – Nous créditons votre compte de ...
	29 – Rappelons dernière communication du ...
	2A – Nous avons ordonné l'expertise à ...
	2B – Cet expert est chargé du règlement
	3 – Resp. de votre client est engagée
	30 – Retournons document communiqué
31 – NOUS FAIRE CONNAITRE : Vos intentions de règlement ?	31 – Avons payé pour domm. Matériels ...
32 – NOUS FAIRE CONNAITRE : Situation actuelle du dossier ?	32 – Le nom de la cie d'assurances, et l'étendue des garanties ?
33 – NOUS FAIRE CONNAITRE : Suite réservée à notre lettre du ...	
	33A – Attendons suite réservée au P.V.
	33B – Information judic. toujours en cours
	33C – Inform. judic. classée sans suite
34 – NOUS FAIRE CONNAITRE : Les chances du recours ?	34 – Avons l'intention d'indemniser votre client
35 – NOUS FAIRE CONNAITRE : Si dossier peut être réglé en RDR ?	35 – Raisons pourquoi notre client est responsable?
36 – NOUS FAIRE CONNAITRE : De quel dossier s'agit-il ?	36 – Ci-joint document ou copie du document
	37 – Notre client n'a pas de dommages
	38A – Affaire remise à l'audience du ...
	38B – L'affaire a été tenue en délibéré
	39 – Votre responsabilité est engagée
	4 – Resp. notre client n'est pas engagée parceque ...
	40A – Prenons contact avec la partie adverse
	40B – Vu les versions contradictoires ...
	40C – Contestons resp. de notre assuré
	40D – Emettons quitt. indemn. pour tiers
	40E – Attendons retour quittance signée
	40F – Envoi dossier au correspondant étranger
41 – EXPERTISES ET DOMMAGES : Nous avons chargé l'expert ...	
	41A – Cie adv. est d'accord sur le devis ...
	41B – Cie adv. procède à une enquête
	41C – Cie adv. décidera à bref délai
	41D – Cie adv. examinera doss. Repressif
	41E – Cie adv. refuse règlement à l'amiable
	41F – Cie adv. a liquidé cette affaire
	41G – Cie adv. réglera l'affaire
42 – EXPERTISES ET DOMMAGES : L'identité de l'expert ?	
	42A – Cette affaire est fixée en justice ...
	42B – Le conducteur doit comparaître

	42C – La comparut. n'est pas obligatoire
	42D – Nous renvoyons le Pro Justicia
	42E – Avocat prendra defense à nos frais ...
	42F – Avocat reclamera dommage (*)
43 – EXPERTISES ET DOMMAGES : D'accord sur le devis ?	
	43A – Act. profess., assujet. T.V.A. ?
	43B – No. immatriculation T.V.A. ?
	43C – Droit de déduire T.V.A. du bien ?
	43D – Si deduct. partielle, quel % ?
44 – EXPERTISES ET DOMMAGES : Le montant de vos debours ?	
45 – EXPERTISES ET DOMMAGES : L'assuré a été indemnisé de ...	
46 – EXPERTISES ET DOMMAGES : Les conclusions de votre enquête ?	
47 – EXPERTISES ET DOMMAGES : Eval. expert montant 1 et 2 ...	
51 – RESPONSABILITE : Resp. assuré paraît engagée ...	
52 – RESPONSABILITE : Resp. assuré ne semble pas engagée ...	
53 – RESPONSABILITE : Assuré s'oppose a l'indemnisation du tiers	
54 – RESPONSABILITE : Assuré est d'accord sur la proposition	
55 – RESPONSABILITE : Resp. basée sur quels éléments ?	
	5A – Prév. à charge de votre client ...
	5B – Prév. à charge de notre client ...
61 – SUITES JUDICIAIRES : La suite réservée à l'info juridique ?	
62 – SUITES JUDICIAIRES : Connaissance du dossier repressif ?	
63 – SUITES JUDICIAIRES : désistement de plainte transmis ?	
64A – SUITES JUDICIAIRES : Quel est l'avocat chargé ?	
64B – SUITES JUDICIAIRES : Avons remis l'affaire à l'avocat ...	
65 – SUITES JUDICIAIRES : Date de fixation au rôle ?	
66 – SUITES JUDICIAIRES : Affaire fixée en justice le ...	
67 – SUITES JUDICIAIRES : Présence du client à l'audience ?	
68 – SUITES JUDICIAIRES : Résultat du jugement ou l'arrêt ?	
	6A – Etabl. décompte de votre client ...
	6B – Etabl. décompte de notre client ...
71 – DIVERS : Considérons l'affaire comme terminée	
72 – DIVERS : Voiture visible à ...	
	7A – Verser les fonds à notre compte
	7B – Verser les fonds à notre assure ...
	8 – Désistement de plainte signé
	9 – Aff. terminée pour la somme de ...
	91A – Avis d'application de proportionnalité
	92A – Avis de transfert de gestionnaire
99 – DIVERS : -- TEXTE LIBRE -- TEXTE LIBRE -- ...	

Avec ces deux codifications nous dressons le document-type suivant, du fait des différences en paragraphes donc lui aussi en deux versions distinctes.

MESSAGE SINISTRE – origine Intermédiaire

M.S.B.
Message Sinistre

Expéditeur – Intermédiaire

Bloc adressage à gauche

Nos réf.:	A l'attention de:
Sinistre du:	Vos réf.:
Assuré:	
Partie adverse:	

Veuillez uniquement tenir compte des paragraphes numérotés et mentionnés suivants:

Message du:	Réponse du:
-------------	-------------

§ N°.:

(*)

En annexe vous trouvez:

15 - documents mentionnés ...

Nous transmettre:

21 - Copie déclaration accident

22 - Copie procès-verbal d'expertise

23 - Déposition des témoins

24 - Facture des réparations en retour

25 - Quittance. d'indemnité selon décompte ...

26 - Documents mentionnés ...

27 - Votre suivi des actions

28 - Votre dossier (informatisé) complet

Expertises et dommages:

41 - Nous avons chargé l'expert ...

42 - L'identité de l'expert ?

43 - D'accord sur le devis ?

44 - Le montant de vos débours ?

45 - L'assuré a été indemnisé de ...

46 - Les conclusions de votre enquête ?

47 - Eval. expert montant 1 et 2 ...

Responsabilité:

51 - Resp. assuré paraît engagée ...

52 - Resp. assuré ne semble pas engagée ...

53 - Assuré s'oppose à l'indemnisation du tiers

54 - Assuré est d'accord sur la proposition

55 - Resp. basée sur quels éléments ?

Nous transmettons:

11 - le compte bancaire pour l'indemnisation

12A - le no TVA du client

12B - le pourcentage de récupération TVA

13 - le no du PV de police

14 - le garage, le réparateur

Nous faire connaître:

31 - Vos intentions de règlement ?

32 - Situation actuelle du dossier ?

33 - Suite réservée à notre lettre du ...

34 - Les chances du recours ?

35 - Si dossier peut être réglé en RDR ?

36 - De quel dossier s'agit-il ?

Suites judiciaires:

61 - La suite réservée à l'info juridique ?

62 - Connaissance du dossier repressif ?

63 - désistement de plainte transmis ?

64A - Quel est l'avocat chargé ?

64B - Avons remis l'affaire à l'avocat ...

65 - Date de fixation au rôle ?

66 - Affaire fixée en justice le ...

67 - Présence du client à l'audience ?

68 - Résultat du jugement ou l'arrêt ?

Divers:

71 - Considérons l'affaire comme terminée

72 - Voiture visible à ...

99 – TEXTE LIBRE --

Signature de l'intermédiaire

MESSAGE SINISTRE – origine Assureur

M.S.B.
Message Sinistre

Expéditeur – Assureur

Bloc adressage à gauche

Nos réf.:	A l'attention de:
Sinistre du:	Vos réf.:
Assuré:	
Partie adverse:	

Veuillez uniquement tenir compte des paragraphes numérotés et mentionnés suivants:

Message du:	Réponse du:
-------------	-------------

§ N°.:

(*)

Signature de l'intermédiaire

(voir au verso les paragraphes numérotés)

- 1A – Accord de principe du coût des réparations ...
1B – Notre expert en a fixé le montant ...
2A – Nous avons ordonné l'expertise à ...
2B – Cet expert est chargé du règlement
3 – Resp. de votre client est engagée
4 – Resp. notre client n'est pas engagée parceque ...
5A – Prév. à charge de votre client ...
5B – Prév. à charge de notre client ...
6A – Etabl. décompte de votre client ...
6B – Etabl. décompte de notre client ...
7A – Verser les fonds à notre compte
7B – Verser les fonds à notre assure ...
8 – Désistement de plainte signé
9 – Aff. terminée pour la somme de ...
10 – TEXTE LIBRE ...
11 – Intentions de règlement de cette affaire ?
12A – Demandons devis détaillé des réparations
12B – Demandons un certificat medical
12C – Demandons details autres dommages
12D – Demandons copie P.V. d'expertise
13 – Envoyons document
13A – Envoyons un devis
13B – Envoyons un certificat medical
13C – Envoyons details autres dommages
13D – Envoyons copie P.V. d'expertise
14 – Dem. votre client envoyer devis
15 – D'accord sur le devis ?
16A – Version de votre client ?
16B – Nom, adresse, explications témoins
17A – Adressons version de notre client
17B – Adressons copie des temoignages
17C – Adressons version de l'adversaire
18 – Le dossier est à l'enquête
19 – Nous interrogeons les témoins
20 – Demandons précisions à notre assure
21A – Attendons copie dossier repressif
21B – Veuillez nous transm. votre copie
21C – Transmettons copie communication
21D – Nous vous restituons votre copie
21E – Veuillez nous restituer la copie
22 – Justific. indemn. de chômage ?
23A – Attendons facture des reparations
23B – Nous vous transmettons ce document
23C – Nous vous restituons ce document
23D – Veuillez restituer ce document
24 – Préférons laisser trancher le Tribunal
25A – Vous trouverez en annexe une quittance
25B – Accompagnée d'un désistement
25C – Signature + modalités de paiement
25D – Signature + envoi à cie d'ass. Adverse
26 – Affaire considérée comme terminée
27A – Réf, nom, adresse de l'assuré
27B – Pas de trace de contrat de l'affaire
27C – Notre assuré n'a pas encore déclaré l'accident
27D – Prenons contact avec l'assuré présumé
28 – Nous créditons votre compte de ...
29 – Rappelons dernière communication du ...
30 – Retournons document communiqué
31 – Avons payé pour domm. Matériels ...
32 – Le nom de l'assureur, et l'étendue des garanties ?
33A – Attendons suite réservée au P.V.
33B – Information judic. toujours en cours
33C – Inform. judic. classée sans suite
34 – Avons l'intention d'indemniser votre client
35 – Raisons pourquoi notre client est responsable?
36 – Ci-joint document ou copie du document
37 – Notre client n'a pas de dommages
38A – Affaire remise a l'audience du ...
38B – L'affaire a été tenue en délibéré
39 – Votre responsabilité est engagée
40A – Prenons contact avec la partie adverse
40B – Vu les versions contradictoires ...
40C – Contestons resp. de notre assuré
40D – Emettons quitt. indemn. pour tiers
40E – Attendons retour quittance signée
40F – Envoi dossier au correspondant étranger
41A – Cie adv. est d'accord sur le devis ...
41B – Cie adv. procède à une enquête
41C – Cie adv. décidera à bref délai
41D – Cie adv. examinera doss. Repressif
41E – Cie adv. refuse règlement à l'amiable
41F – Cie adv. a liquidé cette affaire
41G – Cie adv. réglera l'affaire
42A – Cette affaire est fixée en justice ...
42B – Le conducteur doit comparaître
42C – La comparut. n'est pas obligatoire
42D – Nous renvoyons le Pro Justicia
42E – Avocat prendra defense à nos frais ...
42F – Avocat reclamera dommage (*)
43A – Act. profess., assujet. T.V.A. ?
43B – No. immatriculation T.V.A. ?
43C – Droit de déduire T.V.A. du bien ?
43D – Si deduct. partielle, quel % ?
91A – Avis d'application de proportionnalité
92A – Avis de transfert de gestionnaire

Demain

(Pour une date à convenir, en tout cas après 2015)

La liste des paragraphes peut être réduite à une seule liste globale.

Ceci peut être :

11	QUESTION: vos intentions de règlement ?
11A	QUESTION: les chances du recours ?
11B	QUESTION: le dossier peut être réglé en RDR ?
12F	QUESTION: de quel dossier s'agit-il ?
15	QUESTION: d'accord sur le devis ?
15	QUESTION: d'accord sur le devis ?
17C	QUESTION: vos remarques sur la version de l'adversaire ?
22	QUESTION: justification de l'indemnisation de chômage ?
27A	QUESTION: réf. - nom et adresse de l'assuré ?
29	QUESTION: rappelons dernière communication du ... ?
32	QUESTION: Le nom de l'assureur, et l'étendue des garanties ?
35	QUESTION: raisons pourquoi notre client est responsable ?
43A	QUESTION: activité professionnelle ? assujettissement T.V.A. ?
43B	QUESTION: T.V.A. : n° immatriculation ?
43C	QUESTION: T.V.A. : déductibilité totale ou partielle ?
43D	QUESTION: TVA : pourcentage de déductibilité partielle ?
43E	QUESTION: l'identité de l'expert ?
44	QUESTION: le montant de vos débours ?
46	QUESTION: les conclusions de votre enquête ?
55	QUESTION: responsabilité basée sur quels éléments ?
61	QUESTION: La suite réservée à l'information (judiciaire) ?
62	QUESTION: connaissance du dossier repressif ?
63	QUESTION: désistement de plainte transmis ?
64A	QUESTION: quel est l'avocat chargé ?
65	QUESTION: date de fixation au rôle ?
67	QUESTION: présence du client à l'audience ?
68	QUESTION: résultat du jugement ou l'arrêt ?
70	QUESTION: situation actuelle du dossier ?
73	QUESTION: demandons réouverture du dossier ?
92B	QUESTION: votre dossier (informatisé) complet ?
92C	QUESTION: votre suivi des actes dans le dossier ?
10A	INFO: accord de principe sur le coût des réparations ...
10B	INFO: notre expert en a fixé le montant ...
13E	INFO: garage, réparateur ...
14	INFO: devis demandé au client
18	INFO: le dossier est à l'enquête
19	INFO: nous interrogeons les témoins
20	INFO: demandons précisions à notre assuré
20A	INFO: nous avons ordonné l'expertise à ...
20B	INFO: cet expert est chargé du règlement
21A	INFO: attendons copie dossier repressif
24	INFO: préférons laisser trancher le Tribunal
25D	INFO: quittance et/ou désistement signé à envoyer à l'assureur adverse
26	INFO: affaire terminé
27B	INFO: pas de trace de contrat de l'affaire
27C	INFO: notre assuré n'a pas encore déclaré l'accident
27D	INFO: prenons contact avec l'assuré présumé
28	INFO: nous créditions votre compte de ...
30A	INFO: la responsabilité de votre client est engagée
31	INFO: avons payé pour dommages matériels ...
31A	INFO: le compte bancaire pour l'indemnisation
33	INFO: le no du PV de police
33A	INFO: attendons suite réservée au PV
33B	INFO: PV - information judiciaire toujours en cours
33C	INFO: PV - Information judiciaire classée sans suite
34	INFO: nous avons l'intention d'indemniser votre client
37	INFO: notre client n'a pas de dommages
38A	INFO: affaire remise a l'audience du ...
38B	INFO: l'affaire a été retenue en délibéré
39	INFO: la responsabilité de votre client est engagée
40	INFO: la responsabilité de notre client n'est pas engagée parceque ...

40A	INFO: nous prenons contact avec la partie adverse
40B	INFO: vu les versions contradictoires ...
40C	INFO: nous contestons la responsabilité de notre assuré
40D	INFO: nous émettons quittance d'indemnisation pour le tiers
40E	INFO: attendons retour de quittance signée
40F	INFO: envoi dossier au correspondant étranger
41A	INFO: l'assureur adverse est d'accord sur le devis ...
41B	INFO: l'assureur adverse procède à une enquête
41C	INFO: l'assureur adverse décidera à bref délai
41D	INFO: l'assureur adverse examinera le dossier répressif
41E	INFO: l'assureur adverse refuse le règlement à l'amiable
41F	INFO: l'assureur adverse a liquidé cette affaire
41G	INFO: l'assureur adverse réglera l'affaire
42A	INFO: cette affaire est fixée en justice le ...
42B	INFO: le conducteur doit comparaître
42C	INFO: la comparution n'est pas obligatoire
42E	INFO: l'avocat prendra défense à nos frais ...
42F	INFO: l'avocat reclamera dommage ...
43F	INFO: nous avons chargé l'expert ...
43G	INFO: T.V.A. : n° immatriculation
43H	INFO: TVA : pourcentage de déductibilité partielle
45	INFO: l'assuré a été indemnisé par la partie adverse de ...
47	INFO: expertise : évaluation montants 1 et 2 ...
50A	INFO: prévention à charge de votre client ...
50B	INFO: prévention à charge de notre client ...
51	INFO: la responsabilité de notre assuré paraît engagée ...
52	INFO: la responsabilité de notre assuré ne semble pas engagée ...
53	INFO: notre assuré s'oppose à l'indemnisation du tiers
54	INFO: notre assuré est d'accord sur la proposition
60A	INFO: règlement à l'amiable des dommages de votre client ...
60B	INFO: règlement à l'amiable des dommages de notre client ...
64B	INFO: avons remis l'affaire à l'avocat ...
66	INFO: date de fixation au rôle ...
71	INFO: considérons l'affaire comme terminée
72	INFO: voiture visible à ...
74	INFO: nous rouvrons le dossier
90A	INFO: affaire terminée pour la somme de ...
92A	INFO: transfert de gestionnaire
12	DEMANDE: documents suivants ...
12A	DEMANDE: devis des réparations
12B	DEMANDE: certificat médical
12C	DEMANDE: autres dommages et preuves
12D	DEMANDE: copie rapport d'expertise
12E	DEMANDE: copie déclaration sinistre
16A	DEMANDE: version de votre client
16B	DEMANDE: nom, adresse et déclarations des témoins
21B	DEMANDE: votre copie du dossier repressif
21E	DEMANDE: notre copie du dossier repressif - en retour
23A	DEMANDE: facture des réparations
23D	DEMANDE: facture des réparations - en retour
25	DEMANDE: quittance d'indemnité selon décompte ...
25C	DEMANDE: quittance et/ou désistement signé et modalités de paiement
13A	ENVOL: devis
13B	ENVOL: certificat médical
13C	ENVOL: autres dommages et preuves
13D	ENVOL: copie rapport d'expertise
17A	ENVOL: version de notre client
17B	ENVOL: copie des déclarations des témoins
21C	ENVOL: notre copie du dossier repressif
21D	ENVOL: votre copie du dossier repressif - en retour
25A	ENVOL: quittance
25B	ENVOL: désistement
25E	ENVOL: désistement de plainte signé
42D	ENVOL: nous renvoyons le Pro Justicia
70A	ENVOL: quittance : verser les fonds à notre compte ...
70B	ENVOL: quittance : verser les fonds à notre assure ...
91A	ENVOL: avis d'application de proportionnalité
98A	ENVOL: document
98A	ENVOL: document

98A	ENVOI: document ou copie du document
98B	ENVOI: votre document - en retour
98B	ENVOI: retournons document communiqué
99	DIVERS ...

Le document-type peut être réduit à un seul document.

Dans la pratique, tel document sera confectionné à l'aide du logiciel lequel assistera et guidera le choix des paragraphes.

Message Sinistre - Schade Bericht

Le message sinistre (MSB) constitue l'une des premières réalisations de la Commission mixte de productivité. Ce document n'était utilisé que par les producteurs. Les compagnies recouraient à leurs propres documents et à un document standard établi par l'UPEA.

Comme il est de moins en moins aisé de faire la distinction entre les tâches du producteur et celles de la compagnie, une fusion de ces deux documents s'impose.

Le tableau actuel des codes est utilisable pour les compagnies et les intermédiaires.

Le document peut être envoyé tant à la compagnie et au producteur des parties adverses qu'entre la compagnie et le producteur du même assuré.

De nombreuses rubriques sont en outre utilisables dans la correspondance avec d'autres parties (experts, avocats, ...).

Enfin, certaines rubriques peuvent également être utilisées dans la correspondance avec les clients, même si ce n'est pas l'objet de la présente recommandation.

Présentation du MSB

Le nouveau MSB est destiné principalement à être établi par ordinateur et à être expédié par la voie la plus appropriée (poste, fax, télécommunications ou autres). C'est pourquoi, on ne lui donnera pas une présentation standard. Celle-ci, en effet, dépendra aussi de la voie physique utilisée pour l'envoi.

Cependant, l'en-tête doit reprendre les données suivantes :

- une indication de la nature du document : MSB,
- l'adresse du destinataire,
- nos et vos références,
- notre assuré et la date du sinistre,
- la mention de la partie adverse, de la victime ou de l'assuré.

Ci-joint un exemple.

La partie texte reprendra (sauf en télécommunications, où la rubrique, naturellement, n'apparaît pas dans son intégralité), pour chaque rubrique :

- la codification selon le tableau joint en annexe,
- l'intégralité du contenu de la rubrique,
- les données complémentaires.

La rubrique doit pouvoir être distinguée des données complémentaires en recourant à une autre taille de caractère, un type caractère différent, ...

Le tableau de codes

A chaque rubrique correspond un code de quatre caractères : trois chiffres et une lettre.

Les deux parties du code ont chacune leur signification.

Les trois chiffres désignent un "document".

La lettre indique un code d'action. Cette distinction ne constitue cependant qu'un moyen mnémotechnique. On ne peut pas composer de nouvelles rubriques en ajoutant simplement des chiffres ou des lettres quelconques.

Voici à titre d'information la signification des deux parties.

Les documents

1) Renseignements généraux concernant le sinistre :

110	avis d'accident
120	déclaration de sinistre
125	constat international d'accident
130	ouverture dossier
140	version notre client (texte)
141	version partie adverse (texte)
150	témoins (identité)
151	déposition témoin (texte)
160	procès - verbal
165	inspecteur - configuration des lieux
166	rapport d'inspection - configuration des lieux
170	partie adverse
171	partie adverse - compagnie
190	mode de paiement
191	formulaire TVA

2) Evaluation du dommage :

210	détail postes dommage notre client
211	détail postes dommage partie adverse
220	devis (du réparateur)
221	coût des réparations (sans devis définitif)
228	accord montant (de la partie adverse)
229	accord montant (de la compagnie)
230	pièces justificatives du dommage
240	inspecteur
241	expert
245	expert de l'assuré
250	rapport d'inspection
251	rapport d'expertise
255	montant de l'expertise
260	certificat médical
265	frais médicaux (liste + montant)
269	certificat de guérison
270	médecin-conseil
271	rapport médical
272	conclusions médicales
275	expertise médicale amiable
279	consolidation
290	facture de réparation
291	facture complémentaire

3) Avis au sujet de la responsabilité :

310	notre avis quant à la responsabilité
311	appréciation de la partie adverse
312	opposition au paiement
315	dossier en enquête
316	dossier en enquête chez la partie adverse
320	mise en demeure adressée à la partie adverse
321	mise en demeure de la partie adverse
330	RDR
331	RDR - d'application ?
340	pv - suites
341	proposition transactionnelle à charge de notre client

342 proposition transactionnelle à charge de la partie adverse
350 copie du dossier répressif
360 avocat - avis
361 avis de l'avocat
370 décision de comparaître

4) Procédure judiciaire

410 citation
420 avocat - plaider
430 procès (lieu et date)
431 procès - comparution
440 documents judiciaires - autres
450 jugement

5) Avis au sujet des garanties

510 notre avis (prestation due ou non)
520 proposition d'indemnisation (texte + montant)
521 acceptation proposition d'indemnisation

6) Paiements

610 prestation
620 quittance d'indemnité
621 quittance d'indemnité (signée)
625 quittance d'indemnité - en faveur du tiers
650 désistement
659 désistement (signé)
690 client procède lui-même au dédommagement

7) Récupération du dommage

8) Clôture du dossier

810 montant des débours - notre client
811 montant des débours - tiers
820 augmentation du degré BM - notification
850 clôture du dossier
860 réouverture du dossier

9) Information générale

910 document - quelconque
920 dossier - état
950 notre courrier du
990 communication libre

Les “codes d’action”

- a Ci-joint les données concernant ce document + liste données
- b Ci-joint (copie) du document
- c Ci-joint le document en retour
- d Veuillez nous faire connaître les données concernant ce document
- e Veuillez nous transmettre (copie de) ce document
- f Veuillez nous restituer ce document
- g Rappel de notre demande
- h Veuillez transmettre ce document à ...
- k Nous sommes en train de ...
- l Nous demandons un complément d’informations à ...
- n Réponse négative
- q Demande à ...
- u Selon nous, la responsabilité de votre client est engagée
- w Selon nous, la responsabilité de notre client est engagée
- y Réponse positive

La distinction entre les codes d’action “a” et “b” réside dans l’envoi ou non du “document” proprement dit. Au lieu d’envoyer le document (b), on peut reprendre les données qui y sont mentionnées et les communiquer (a). C’est surtout en télécommunications que l’on procédera de la sorte.

Ajouts au tableau de codes

Il est déconseillé de compléter ce tableau de codes pour son usage propre.

La Commission mixte de productivité se tient à disposition pour des ajouts réguliers.

Exemple :

M.	S.	B.
----	----	----

Message Sinistre

BLOC ADRESSAGE A GAUCHE

Nos réf. : 950001	Vos réf. : 00013 9512 1234 1234 17
N/assuré : JANSSENS	Tiers : PEETERS
Sinistre du : 27-04-1995	

Message du : 19-05-1995	
--------------------------------	--

125b Veuillez trouver en annexe un constat d'accident.

160a Le procès-verbal a été dressé par **Police de Wilrijk** sous le numéro **AN.91.45.200001/95**

171a La partie adverse est assurée auprès de la compagnie **la Sempiternelle** sous le numéro de police **0017-1234 5678 90AB-88**

241a Nous avons confié l'expertise à l'expert **Tres exigeant**

255a L'expert a fixé le montant des réparations à **15.793 BEF**

311u La partie adverse reconnaît sa responsabilité.

520a Nous établissons le décompte du préjudice comme suit :
15.793 + TVA (50%) 1.619 BEF + chômage (2j) 800 BEF = 18.212 BEF = 455,30 EUR

191b Veuillez trouver en annexe un formulaire TVA.

610a Nous payons la somme de **18.212 BEF / 455,30 EUR** selon le mode indiqué. : **Banque client**

190a Nous vous prions d'effectuer le paiement par **compte producteur 12734**

850a Nous clôturons notre dossier.

Salutations.

MSB -code	version française	nederlandse versie
110a	Nous vous signalons un accident avec les données suivantes ..	Wij melden U een ongeval met volgende gegevens ..
120b	Veillez trouver en annexe la déclaration de sinistre.	Wij zenden U hierbij de schadeaangifte.
120e	Veillez nous transmettre une copie de la déclaration de sinistre.	Gelieve ons een kopij van de schadeaangifte te bezorgen.
120m	Notre assuré ne nous a pas déclaré cet accident. Nous demandons une déclaration de sinistre à notre assuré.	Onze verzekerde heeft ons dit ongeval nog niet aangegeven. Wij vragen een schadeaangifte aan onze verzekerde.
120q	Nous vous restituons en annexe la déclaration. Veillez nous faire savoir à quel contrat se rapporte cette déclaration.	Wij zenden U hierbij de aangifte terug. Gelieve ons te laten weten op welk kontrakt deze aangifte betrekking heeft.
125a	Nous sommes en possession d'un constat d'accident reprenant les données suivantes ..	Wij zijn in het bezit van een aanrijdingsformulier met volgende gegevens ..
125b	Veillez trouver en annexe un constat d'accident.	Wij zenden U hierbij een aanrijdingsformulier.
125m	Notre assuré ne nous a pas déclaré cet accident. Nous demandons un constat d'accident à notre assuré.	Onze verzekerde heeft ons dit ongeval nog niet aangegeven. Wij vragen een aanrijdingsformulier aan onze verzekerde.
130a	Nous accusons réception de votre déclaration de sinistre. Nous enregistrons ce sinistre sous les références ..	Wij melden U ontvangst van de schadeaangifte. Wij registreren deze schade onder refertes ..
140a	Nous vous communiquons la version de notre assuré ..	Wij melden U de versie van onze verzekerde ..
140b	Veillez trouver en annexe la version de notre assuré.	Wij zenden U hierbij de versie van onze verzekerde.
140m	Nous demandons des précisions à notre assuré.	Wij vragen verdere inlichtingen bij onze verzekerde.
141a	Nous vous communiquons la version de la partie adverse.	Wij melden U de versie van tegenpartij ..
141b	Veillez trouver en annexe la version de la partie adverse.	Wij zenden U hierbij de versie van tegenpartij.
141d	Veillez nous communiquer la version de la partie adverse/de votre assuré.	Gelieve ons de versie van tegenpartij/Uw verzekerde mee te delen.
141e	Veillez nous transmettre une copie de la version de la partie adverse/de votre assuré.	Gelieve ons een kopij van de versie van tegenpartij/ Uw verzekerde te bezorgen.
150a	Les témoins sont ..	De getuigen zijn ..
150d	Veillez nous faire connaître les nom et adresse des témoins.	Gelieve ons de naam en het adres van de getuigen te laten kennen.
151b	Veillez trouver en annexe une déposition du témoin.	Wij zenden U hierbij een getuigeverklaring.
151e	Veillez nous transmettre une copie de la déposition du témoin.	Gelieve ons een kopij van de getuigeverklaring te bezorgen.
151m	Nous interrogeons les témoins.	Wij ondervragen de getuigen.
160a	Le procès-verbal a été dressé par .., sous le numéro ..	Proces-Verbaal werd opgesteld door .. onder nummer ..
165a	Nous avons donné instruction à l'inspecteur .. d'examiner la configuration des lieux.	Wij hebben aan inspecteur .. opdracht gegeven de plaatsgesteldheid te onderzoeken.
165d	Veillez faire examiner la configuration des lieux par un inspecteur.	Gelieve de plaatsgesteldheid door een inspecteur te laten onderzoeken.
166b	Veillez trouver en annexe le rapport d'inspection relatif à la configuration des lieux.	Wij zenden U hierbij het inspectieverslag met betrekking tot de plaatsgesteldheid.

166e	Veuillez nous transmettre une copie du rapport d'inspection relatif à la configuration des lieux.	Gelieve ons een kopij van het inspectieverslag met betrekking tot de plaatsgesteldheid te bezorgen.
170a	Nous vous communiquons l'identité de la partie adverse.	Wij melden U de identiteit van de tegenpartij.
170d	Veuillez nous faire connaître l'identité de la partie adverse.	Gelieve ons de identiteit van de tegenpartij te laten kennen.
171a	La partie adverse est assurée auprès de la compagnie .. sous le numéro de police ..	De tegenpartij is verzekerd bij Maatschappij .. onder polisnummer ..
171d	Veuillez nous faire savoir auprès de quelle compagnie vous êtes assuré pour les dommages que vous avez causés.	Gelieve ons te laten weten bij welke maatschappij U verzekerd bent voor de door U veroorzaakte schade.
190a	Nous vous prions d'effectuer le paiement par ..	Wij verzoeken U de uitbetaling te verrichten via ..
191a	Nous vous communiquons les données TVA de notre assuré.	Wij melden U de BTW-gegevens van onze verzekerde.
191b	Veuillez trouver en annexe un formulaire TVA.	Wij zenden U hierbij een BTW-formulier.
210a	Nous vous communiquons la réclamation de notre assuré ..	Wij melden U de schadeëis van onze verzekerde ..
210b	Veuillez trouver en annexe la réclamation de notre assuré.	Wij zenden U hierbij de schadeëis van onze verzekerde.
210e	Veuillez nous faire parvenir la réclamation de notre assuré.	Gelieve ons de schadeëis van onze verzekerde te bezorgen.
210n	Notre assuré n'a pas subi de dommage.	Onze verzekerde liep geen schade op.
210q	Comment notre assuré justifie-t-il sa réclamation ?	Hoe rechtvaardigt onze verzekerde zijn schadeëis ?
211a	Nous vous communiquons la réclamation de la partie adverse.	Wij melden U de schadeëis van tegenpartij ..
211b	Veuillez trouver en annexe la réclamation de la partie adverse.	Wij zenden U hierbij de schadeëis van de tegenpartij.
211e	Veuillez nous faire parvenir une copie de la réclamation de la partie adverse/de votre assuré.	Gelieve ons een kopij van de schadeëis van tegenpartij/Uw verzekerde te bezorgen.
211q	Comment justifiez-vous votre réclamation ?	Hoe rechtvaardigt U Uw schadeëis ?
220a	Nous vous signalons que nous avons en notre possession un devis reprenant les données suivantes ..	Wij melden U dat wij een bestek in ons bezit hebben met volgende gegevens ..
220b	Veuillez trouver en annexe un devis des réparations.	Wij zenden U hierbij een schadebestek.
220e	Veuillez nous faire parvenir un devis des réparations.	Gelieve ons een schadebestek te bezorgen.
220m	Nous demandons un devis des réparations à notre assuré.	Wij vragen een schadebestek aan onze verzekerde.
228q	Etes-vous d'accord sur le montant du devis de .. tel que demandé par notre assuré ?	Gaat U akkoord met het schadebedrag van .. zoals gevraagd door onze verzekerde?
228y	La compagnie d'assurances adverse signale qu'elle marque son accord sur le montant des réparations de ..	De maatschappij van tegenpartij laat weten dat zij akkoord gaat met het schadebedrag van ..
229y	Nous marquons notre accord sur le montant des réparations de ..	Wij gaan akkoord met het schadebedrag van ..
230b	Veuillez trouver en annexe quelques pièces justificatives de la réclamation.	Wij zenden U hierbij enkele bewijsstukken met betrekking tot de schadeëis.
230e	Veuillez nous transmettre les pièces justificatives suivantes : ..	Gelieve ons de volgende bewijsstukken te bezorgen : ..
240a	Nous avons chargé notre inspecteur .. de l'évaluation du dommage.	Wij hebben onze inspecteur .. met de schaderaming belast.
241a	Nous avons confié l'expertise à l'expert ..	Wij hebben de expertise toevertrouwd aan expert ..
241d	Veuillez nous faire savoir à quel expert l'expertise est confiée.	Gelieve ons te laten weten aan welke expert de expertise wordt opgedragen.
250b	Veuillez trouver en annexe une copie du rapport de notre inspecteur.	Wij zenden U hierbij kopij van het verslag van onze inspecteur.

250e	Veuillez nous faire parvenir une copie du rapport de votre inspecteur.	Gelieve ons een kopij van het verslag van Uw inspecteur te bezorgen.
250m	Nous attendons le rapport de notre inspecteur.	Wij wachten op het verslag van onze inspecteur.
251a	Nous vous communiquons les données émanant du procès-verbal d'expertise.	Wij melden U de gegevens uit het expertiseverslag ..
251b	Veuillez trouver en annexe le procès-verbal d'expertise.	Wij zenden U hierbij het expertiseverslag.
251e	Veuillez nous faire parvenir une copie du procès-verbal d'expertise.	Gelieve ons een kopij van het expertiseverslag te bezorgen
251m	Nous attendons le procès-verbal d'expertise.	Wij wachten op het expertiseverslag.
255a	L'expert a fixé le montant des réparations à ..	De expert heeft het schadebedrag vastgesteld op ..
255d	Quel est le résultat de l'expertise ? Quel est le montant des réparations ?	Wat is het resultaat van de expertise ? Hoeveel bedraagt het schadebedrag ?
260b	Veuillez trouver en annexe un certificat médical.	Wij zenden U hierbij een Medisch attest.
260e	Veuillez nous faire parvenir un certificat médical.	Gelieve ons een medisch attest te bezorgen.
265b	Veuillez trouver en annexe un relevé des frais médicaux.	Wij zenden U hierbij een staat van de medische kosten.
265e	Veuillez nous faire parvenir un relevé des frais médicaux.	Gelieve ons een staat van de medische kosten te bezorgen.
269b	Veuillez trouver en annexe une attestation de guérison.	Wij zenden U hierbij een genezingsattest.
269e	Veuillez nous faire parvenir une attestation de guérison.	Gelieve ons een genezingsattest te bezorgen.
270a	Nous désignons le Dr .. comme médecin-conseil.	Wij stellen Dr .. als raadgevend geneesheer aan.
271b	Veuillez trouver en annexe le rapport du médecin-conseil (Secret Médical).	Wij zenden U hierbij het verslag van de raadgevend geneesheer (Medisch Geheim).
272a	D'après le rapport du médecin-conseil, les lésions peuvent être décrites comme suit ..	Volgens het verslag van de raadgevend geneesheer zijn de letsels als volgt te omschrijven ..
275a	L'expertise médicale amiable aura lieu le .. avec les médecins ..	De minnelijke medische expertise zal doorgaan op .. te .. met Drs ..
275q	Pouvez-vous marquer votre accord sur une expertise médicale amiable ? Nous proposons le Dr .. comme expert.	Kan U akkoord gaan met een minnelijke medische expertise ? Wij stellen Dr .. als expert voor.
275y	Nous sommes d'accord sur le principe d'une expertise médicale amiable.	Wij gaan akkoord met het principe van een minnelijke medische expertise.
279a	Les lésions ont été consolidées le .. pour une invalidité permanente de ..	De letsels werden geconsolideerd op .. voor een blijvende invaliditeit van ..
290a	Nous vous signalons que nous avons en notre possession une facture des réparations accompagnée de données ..	Wij melden U dat wij een herstellingsfactuur in ons bezit hebben met gegevens ..
290b	Veuillez trouver en annexe la facture des réparations.	Wij zenden U hierbij de herstellingsfactuur.
290c	Nous vous restituons la facture des réparations.	Wij zenden U hierbij de herstellingsfactuur terug.
290e	Veuillez nous transmettre la facture des réparations.	Gelieve ons de herstellingsfactuur te bezorgen.
290f	Veuillez nous restituer la facture des réparations.	Gelieve ons de herstellingsfactuur terug te bezorgen.
291b	Veuillez trouver en annexe une facture complémentaire.	Wij zenden U hierbij een bijkomende factuur.
310n	Nous contestons la responsabilité de notre assuré (raison : ..)	Wij betwisten de aansprakelijkheid van onze verzekerde. (Reden : ..)
310u	Nous estimons que la responsabilité de (votre client/partie adverse) est engagée. (raison : ..)	Wij denken dat (Uw klant/tegenpartij) aansprakelijk is. (Reden : ..)
310w	Nous estimons que la responsabilité de notre assuré est engagée. (raison : ..)	Wij denken dat onze verzekerde aansprakelijk is. (Reden : ..)

311k	Nous prenons contact avec la partie adverse.	Wij contacteren de tegenpartij.
311n	La partie adverse conteste la responsabilité.	De tegenpartij betwist de aansprakelijkheid.
311q	Pourquoi estimez-vous que la responsabilité de notre assuré est engagée ?	Waarom denkt U dat onze verzekerde aansprakelijk is ?
311u	La partie adverse reconnaît sa responsabilité.	De tegenpartij geeft haar aansprakelijkheid toe.
311w	La partie adverse nous fait savoir qu'elle estime notre assuré responsable.	De tegenpartij laat ons weten dat zij onze verzekerde aansprakelijk acht.
312a	Notre assuré s'oppose à l'indemnisation du tiers.	Onze verzekerde verzet zich tegen schadeloosstelling van tegenpartij.
312n	Notre assuré ne s'oppose pas à l'indemnisation du tiers.	Onze verzekerde verzet zich niet tegen schadeloosstelling van tegenpartij.
315k	Nous examinons le dossier.	Wij onderzoeken het dossier.
315n	Nous avons décidé de NE PAS indemniser (votre client/partie adverse/victime).	Wij hebben besloten (Uw klant/tegenpartij/ slachtoffer) NIET schadeloos te stellen.
315q	Voulez-vous nous faire connaître les conclusions de votre enquête ?	Gelieve ons de uitslag van Uw onderzoek mee te delen
315y	Nous avons l'intention d'indemniser (votre client/partie adverse/victime).	Wij hebben het inzicht (Uw klant/tegenpartij/ slachtoffer) schadeloos stellen.
316a	La partie adverse nous signale qu'elle a réglé le sinistre.	De tegenpartij laat ons weten dat zij het schadegeval geregeld hebben.
316k	La partie adverse nous signale qu'elle poursuit l'examen du dossier.	De tegenpartij laat ons weten dat zij het dossier verder onderzoekt.
316n	La partie adverse nous signale qu'elle ne souhaite pas un règlement amiable de cette affaire.	De tegenpartij laat ons weten dat zij deze zaak niet minnelijk wenst te regelen.
316y	La partie adverse nous signale qu'elle réglera cette affaire à l'amiable.	De tegenpartij laat ons weten dat zij deze zaak minnelijk zal regelen.
320a	Nous avons adressé une mise en demeure à la partie adverse.	Wij zonden een ingebrekestelling aan tegenpartij.
320b	Veuillez trouver en annexe une copie de la mise en demeure adressée à la partie adverse.	Wij zenden U hierbij kopij van de ingebrekestelling aan tegenpartij.
321a	Nous pouvons vous signaler que notre assuré a reçu une mise en demeure adressée par la partie adverse.	Wij kunnen U melden dat onze verzekerde een ingebrekestelling vanwege tegenpartij ontving.
321b	Veuillez trouver en annexe la mise en demeure reçue par notre assuré.	Wij zenden U hierbij de ingebrekestelling die onze verzekerde ontving.
330q	Cet sinistre peut-il être réglé en application de la convention RDR ?	Kan dit schadegeval uitgekeerd worden krachtens de RDR-overeenkomst ?
331n	Cet accident ne tombe pas sous l'application de la convention RDR puisque ..	Dit ongeval valt niet onder toepassing van de RDR-overeenkomst vermits ..
331q	Cet accident tombe-t-il sous l'application de la convention RDR ?	Valt dit ongeval onder de toepassing van de RDR-overeenkomst ?
331y	Cet accident tombe sous l'application de la convention RDR puisque ..	Dit ongeval valt onder toepassing van de RDR-overeenkomst vermits
340k	Nous attendons la suite réservée au procès-verbal.	Wij blijven in afwachting van het gevolg dat aan het PV zal gegeven worden.
340n	L'information judiciaire est classée sans suite.	Het gerechtelijk onderzoek werd zonder gevolg gerangschikt.
340q	Quelle est la suite réservée à l'information judiciaire ?	Welk gevolg werd er aan het gerechtelijk onderzoek gegeven ?
341a	Notre assuré a reçu la proposition transactionnelle.	Onze verzekerde ontving het voorstel tot minnelijke schikking.
341b	Veuillez trouver en annexe la proposition transactionnelle adressée à notre client.	Wij zenden U hierbij het voorstel tot minnelijke schikking dat onze klant ontving.
342a	Nous apprenons que la partie adverse a reçu la proposition transactionnelle.	Wij vernemen dat tegenpartij het voorstel tot minnelijke schikking ontving.
350b	Veuillez trouver en annexe une copie du dossier répressif.	Wij zenden U hierbij een kopij van het strafdossier.

350c	Nous vous restituons en annexe votre copie.	Wij zenden U hierbij Uw kopij terug.
350e	Veillez nous transmettre une copie du dossier répressif.	Gelieve ons een kopij van het straf dossier te bezorgen.
350f	Veillez nous restituer notre copie.	Gelieve ons onze kopij terug te bezorgen.
350k	Nous attendons une copie du dossier répressif.	Wij wachten op een kopij van het straf dossier.
350q	Avez-vous déjà pu recevoir une copie du dossier répressif ?	Heeft U reeds een kopij van het straf dossier mogen ontvangen ?
360a	Nous demandons conseil à l'avocat ..	Wij vragen advies aan advocaat ..
360b	Veillez trouver en annexe un désistement, à signer par notre assuré.	Wij zenden U hierbij een klachtsafstand, te ondertekenen door onze verzekerde.
360d	Veillez nous faire connaître les nom et adresse de l'avocat à qui nous pouvons demander conseil.	Gelieve ons naam en adres te laten kennen van de advocaat aan dewelke wij advies kunnen vragen.
360n	Notre assuré n'a pas de préférence pour un avocat. Veuillez sélectionner vous-même un avocat.	Onze verzekerde heeft geen voorkeur voor enige advocaat. Gelieve zelf een advocaat te selecteren.
360y	Notre assuré a choisi l'avocat .. Veillez lui demander conseil.	Onze verzekerde verkiest advocaat .. Gelieve hem om een advies te vragen.
361a	Nous vous communiquons l'avis de l'avocat.	Wij melden U het advies van de advocaat ..
361b	Veillez trouver en annexe une copie de l'avis de l'avocat.	Wij zenden U hierbij kopij van het advies van de advocaat.
361d	Veillez nous faire connaître l'avis de l'avocat.	Gelieve ons het advies van de advocaat te laten kennen
370a	Nous préférons laisser trancher ce litige par le tribunal.	Wij verkiezen dit geschil voor de rechtbank te laten beslechten.
410a	Nous vous signalons que notre assuré a été cité à comparaître.	Wij melden U dat onze verzekerde dagvaarding ontving om te verschijnen ..
410a	Nous avons remis l'affaire à l'avocat ..	Wij hebben het dossier overgemaakt aan advocaat ..
410b	Veillez trouver en annexe la citation à comparaître reçue par notre assuré.	Wij zenden U hierbij de dagvaarding die onze verzekerde ontving.
410d	Quel est l'avocat chargé de cette affaire ?	Aan welke advocaat hebt U deze zaak toevertrouwd ?
430a	Cette affaire est fixée en justice le ..	Deze zaak zal voor de rechtbank komen op ..
430d	A quelle date l'affaire est-elle fixée au rôle ?	Voor welke datum werd deze zaak op de rol ingeschreven ?
430k	Le tribunal tient cette affaire en délibéré.	De rechtbank houdt deze zaak in beraad.
431n	La comparution à l'audience n'est pas requise.	De aanwezigheid op de zitting is niet vereist.
431q	La présence de notre assuré est-elle requise à l'audience ?	Is de aanwezigheid van onze verzekerde ter zitting vereist ?
431y	La comparution à l'audience est requise.	De aanwezigheid op de zitting is vereist.
440b	Veillez trouver en annexe le Pro Justitia reçu par notre assuré.	Wij zenden U hierbij de Pro-Justitia die onze verzekerde ontving.
440c	Nous vous renvoyons en annexe le Pro Justitia.	Wij zenden U hierbij de Pro-Justitia terug.
450b	Veillez trouver en annexe une copie du jugement.	Wij zenden U hierbij kopij van het vonnis.
450q	Quel est le résultat du jugement ou de l'arrêt ?	Welk is de uitslag van het vonnis of arrest ?
510n	Nous ne pouvons réserver une suite favorable à votre réclamation en raison de ..	Wij kunnen geen gunstig gevolg geven aan Uw schadeëis vanwege ..
510q	Quelles sont vos intentions quant au règlement de cette affaire ?	Welke zijn Uw regelingsinzichten ?
510y	Nous estimons qu'il vous appartient de procéder au règlement puisque ..	Wij vinden wel dat U tot regeling moet overgaan vermits ..

520a	Nous établissons le décompte du préjudice comme suit ..	Wij berekenen de schade als volgt ..
521n	Notre assuré n'est pas d'accord sur la transaction que vous proposez ..	Onze verzekerde gaat niet akkoord met de door U voorgestelde regeling ..
521y	Notre assuré est d'accord sur la transaction que vous proposez.	Onze verzekerde gaat akkoord met de door U vooropgestelde regeling
610a	Nous payons la somme de .. selon le mode indiqué.	Wij betalen de som van .. op de aangegeven manier.
610e	Veuillez payer la somme de .. selon le mode indiqué.	Gelieve de som van .. te betalen op de aangegeven manier.
620b	Veuillez trouver en annexe une quittance d'indemnité.	Wij zenden U hierbij een vergoedingskwitantie.
620e	Veuillez nous transmettre une quittance d'indemnité.	Gelieve ons een vergoedingskwitantie te bezorgen.
621b	Veuillez trouver en annexe votre quittance signée.	Wij zenden U hierbij de ondertekende vergoedingskwitantie.
621e	Veuillez nous retourner la quittance signée.	Gelieve ons de vergoedingskwitantie ondertekend terug te bezorgen.
621g	Veuillez nous retourner la quittance signée qui vous a été envoyée.	Gelieve ons de U toegezonden vergoedingskwitantie ondertekend terug te zenden.
621h	Veuillez retourner la quittance signée à la compagnie d'assurances adverse.	Gelieve de vergoedingskwitantie ondertekend terug te bezorgen aan de maatschappij van tegenpartij.
625a	Nous émettons quittance d'indemnité d'un montant de .. en faveur de ..	Wij geven ten voordele van .. een kwitantie uit ten bedrage van ..
650b	Veuillez trouver en annexe le désistement signé par notre assuré.	Wij zenden U hierbij de door onze verzekerde ondertekende klachtafstand
650q	Avez-vous transmis les désistements de plainte au Parquet dans le délai imparti ?	Heeft U de klachtsafstanden binnen de toegekende termijn aan het parket gezonden ?
690a	Notre assuré préfère dédommager lui-même la partie adverse.	Onze verzekerde verkiest de schade aan tegenpartij zelf te vergoeden.
810a	Le sinistre a été réglé pour la somme de .., répartie comme ..	De schade werd afgehandeld voor een bedrag van .., verdeeld als ..
810d	Quel est le montant de vos débours ?	Welk is het bedrag van Uw uitgaven ?
820a	Nous vous signalons que le degré bonus-malus augmentera à partir de l'échéance ..	Wij melden U dat de Bonus-Malusgraad zal stijgen vanaf de vervaldag ..
850a	Nous clôturons notre dossier.	Wij sluiten ons dossier.
910b	Veuillez trouver en annexe un document qui vous intéresse.	Wij zenden U hierbij een dokument dat U aanbelangt.
910c	Nous vous restituons en annexe un document .	Wij zenden U hierbij een dokument terug.
910e	Veuillez nous transmettre le document cité ci-dessus.	Gelieve ons het in mededeling vermeld dokument te bezorgen.
910q	Nous vous restituons en annexe votre avis. Nous ne trouvons pas à quel dossier de sinistre se rapporte votre avis.	Wij zenden U hierbij Uw bericht terug. Wij kunnen niet uitmaken op welk schadedossier Uw bericht betrekking heeft.
920k	Le dossier est en enquête.	Het dossier is in onderzoek.
920q	Veuillez nous faire connaître la situation actuelle de ce dossier.	Wat is de huidige stand van dit dossier ?
950g	Nous vous rappelons notre avis du ..	Wij herinneren U aan ons bericht van ..
990a	Communication libre.	Vrije mededeling

RECOMMANDATION 08 AVIS DE CHANGEMENT D'INTERMEDIAIRE

Sur le site-web www.assuralia.be ont été publiés, sous l'entête « Règles de conduite » > « Intermédiaires » > « Avis de changement d'intermédiaire », la « note explicative » en date du 29 septembre 2014, et le « modèle d'avis ».

La note dit explicitement qu'elle remplace cette recommandation numéro 08 du Recueil Blanc.

En conséquence, le contenu de la recommandation n'est plus valable.

Pour cause de cohérence nécessaire, la seule référence en tel domaine est ce qu'est publié sur www.assuralia.be.

RECOMMANDATION 09 AVIS D'ECHEANCE – DEMANDE DE PAIEMENT
--

Sous A ci-dessous nous documentons le tout dans la version sur papier, et sous B dans la version par voie électronique (télécommunication). Mais d'abord nous regardons le tout dans son contexte, et nous décrivons les origines et la manière dont le tout a évolué jusqu'à sa représentation actuelle.

L' "Avis d'échéance – Demande de paiement" N'EST PAS un document comptable.

La comptabilisation des "Avis d'échéances – Demandes de paiement" se fait par le biais du "Bordereau Quittances terme" (voir la recommandation 5), ou par le biais du « Bordereau de Quittance comptant » (voir la recommandation 21).

Sous « A) Sur papier – I. Introduction » il y a encore question du « triptyque », c'est-à-dire l'assemblage sous un seul document des trois parties « quittance », « avis d'échéance » et « formulaire de virement ».

Cette même introduction mentionne finalement un « diptyque », étant un assemblage des seules parties « avis d'échéance » et « formulaire de virement ».

Une nouvelle affaire (contrat d'assurances ou « police ») donne lieu à une prime payable (au comptant).

Ceci génère un « avis de comptant » ou « avis comptant », une demande de paiement adressée au preneur d'assurance.

Généralement, à cet « avis comptant » est joint un formulaire de virement où les données de l'assureur sont pré-encodées.

En principe suit le paiement par le preneur d'assurances.

Et puis l'assureur délivre une quittance comme preuve de réception du paiement.

La nouvelle affaire arrive par après à sa « date d'échéance », soit après une première année, soit dans le cas de paiement fractionné après un semestre, trimestre ou même mensuellement.

Ceci donne chaque fois lieu à une prime (-terme) payable, et donc à un « avis d'échéance terme » ou « avis terme » ; une suivante demande de paiement adressée au preneur d'assurance.

A cet « avis terme » est à nouveau joint un formulaire de virement où les données de l'assureur sont pré-encodées.

En principe suit le paiement par le preneur d'assurances.

Et puis l'assureur délivre une quittance comme preuve de réception du paiement.

A l'origine, la « quittance » était le document avec le plus de valeur.

Dans le cas d'encaissement par l'intermédiaire, la quittance émise par l'assureur est donnée en mains de l'intermédiaire avec l'obligation de la remettre au preneur d'assurance dès réception du paiement.

L'assureur part du principe que toutes les quittances remises en mains de l'intermédiaire ont été encaissées par ce même intermédiaire, pour autant que l'intermédiaire n'ait pas retournée la quittance à l'assureur, et ceci en dedans d'un délai convenu entre parties (le « délai de retour »).

Cette manière assez formelle dont est géré/manipulé le document « quittance », a fortement évolué au cours du temps.

Puisque les paiements ont progressivement été faits de plus en plus par virements (banque ou cheque postal), on a introduit une formulation de style « Cet avis, accompagné du document justifiant le transfert de fonds, constitue la preuve du paiement sans préjudice des primes, intérêts ou redevances locatives antérieurs qui seraient dus. ».

Le vrai et formel document « quittance » a progressivement été utilisé de moins en moins, d'abord les quittances-termes, et par extension les quittances-comptants.

Mais l'on continue de parler des « quittances », comptant ou terme, alors que, en tant que document il y a plutôt question d'un « avis de demande de paiement » complété d'un formulaire de virement.

Sur le plan comptable et/ou juridique au contraire, la notion de « quittance » garde toute son importance.

L'émission d'une prime payable en encaissement par l'assureur génère :

- une dette dans le chef du preneur d'assurance et envers l'assureur (la prime payable).

L'encaissement de cette prime par l'assureur génère :

- une dette dans le chef de l'assureur et envers l'intermédiaire (la commission d'encaissement payable).

L'émission (par l'assureur) d'une prime payable en encaissement par l'intermédiaire génère :

- une dette dans le chef de l'intermédiaire et envers l'assureur (la prime à verser).
- une dette dans le chef de l'assureur et envers l'intermédiaire (la commission d'encaissement attribuée).

L'émission (par l'intermédiaire) de cette prime payable génère :

- une dette dans le chef du preneur d'assurance et envers l'intermédiaire (la prime payable).

A / Sur papier

I. INTRODUCTION

La grande diversité du contenu du "système à volets" dit "triptyque" ou de la quittance, ainsi que de leur présentation, en font un document dont l'efficacité est souvent mise en cause.

La Commission Mixte de Productivité (dans son temps) a donc mis à l'étude la normalisation de ce document; elle s'est fixée pour objectif de rencontrer les vœux exprimés par les assurés, ainsi que par les organisations professionnelles, et de répondre aux souhaits captés et aux remarques fréquemment formulés.

Partant de là, elle a mis au point un document-type (A) très largement utilisé (dans son temps), et contenant les éléments jugés indispensables et d'autres hautement souhaitables, et le tout présenté aussi clairement que possible ! Les indications y figurent en toutes lettres et non plus sous forme d'abréviations ou de numéros de code avec renvoi au verso.

Ce document est utilisable pour tous contrats de types courants et tient compte des impératifs informatiques.

Il est établi dans la langue du preneur d'assurance et dans la devise du contrat (*BEF ou EUR*), le formulaire étant de préférence unilingue.

Pendant la période de transition de 1999-01-01 au 2001-12-31 le montant "Total à payer" (zone 10) sera

converti à titre d'information pour le client :

- pour un contrat en BEF vers une contre-valeur en EUR
- pour un contrat en EUR vers une contre-valeur en BEF

L'acceptation par l'Office des Chèques Postaux d'un modèle de bulletin de versement d'un format réduit, ainsi que la constatation de la rareté de l'envoi de la quittance au preneur d'assurance après paiement, ont permis d'envisager en 1985 un deuxième document-type (B), dont le prix est moins élevé.

Un troisième document (C) est également proposé à ceux qui disposent d'une imprimante à laser.

Enfin, un **modèle (D)** supprime tout-à-fait le volet « quittance ». Il est proposé, pour les rares cas d'encaissement en liquide ou par réception manuelle d'un chèque, que l'intermédiaire donne lui-même quittance à l'assuré: l'article 13 de la loi sur l'assurance terrestre du 25/6/1992 lui donne en effet la possibilité de le faire.

Les avantages de ce nouveau modèle sont:

- gestion d'un papier de modèle unique pour tous les modes d'encaissement;
- possibilité d'adressage à gauche selon les nouvelles normes ISO/IBN;
- place disponible beaucoup plus importante pour imprimer la ventilation des primes, la description du risque, etc.

Le 16.10.2014, la CMS (Commission Mixte de Suivi) décide pour ce seul modèle D.

Dans ce dossier, les modèles A, B et C ne sont donc plus documentés en détail.

II. PRESENTATION GENERALE

Le document-type recommandé, dont le modèle figure en annexe, contient 2 volets détachables :

- l'avis d'échéance, portant également le sigle de l'émetteur, invitant le preneur d'assurance à verser au producteur le total à payer,
- le bulletin de virement ou versement.

La largeur du diptyque est voisine de 210 mm pour le modèle D.

Une imprimante ayant les possibilités techniques nécessaires pour une impression suivant ce modèle D est recommandée.

Les zones "Producteur", "Preneur d'Assurance" et "Indications administratives" ont une dimension déterminée par chaque émetteur en fonction de ses impératifs propres.

Les textes imprimés dans la partie supérieure gauche du volet « Avis d'échéance » peuvent éventuellement être modifiés pour les rendre conformes aux procédures spécifiques à certaines compagnies.

(Exemple, bien que daté : lier la validité de la quittance à un acquit donné par le producteur.)

Le verso du volet « Avis d'échéance » contient les références nécessaires et tout texte jugé utile par l'émetteur.

Mis à part le volet « Virement » ou « Versement », les couleurs d'impression sont au choix de l'émetteur.

L'expédition de l'avis d'échéance et du bulletin (de virement) au preneur d'assurance est réalisée sous enveloppe à fenêtre ; pour le modèle D au départ de la zone "preneur d'assurance" du volet « Avis d'échéance ».

A noter que dans le cas du modèle D, l'adresse doit être positionnée conformément à la norme belge NBN Z 01-003, dans un cadre commençant à 50mm du bord supérieur et à 33mm du bord gauche.

Le pliage de ce document se fera idéalement en "accordéon" avec un pli à la limite du bulletin de virement et l'autre à 98mm du bord supérieur

III. ANALYSE DES RUBRIQUES DE LA QUITTANCE ET DE L'AVIS D'ECHEANCE

Les rubriques souhaitables, mais non indispensables, sont précédées du signe (x).

1. Producteur

- Nom, Prénom
- Adresse complète (absente sur le premier modèle B-peut être reprise comme adresse d'expédition dans la première ligne de la fenêtre d'adressage du modèle D)
- N° FSMA
- (x) Téléphone
- Numéro de producteur (sans être mis en évidence).

2. Référence du producteur

- (x) Numéro de dossier du producteur ou n° de police Assuralia (hautement souhaité), voir recommandation n° 17.

3. Preneur d'assurance

- Nom, Prénom
- Adresse complète et/ou domiciliation (absentes sur le premier modèle B).

4. Références du contrat

- Numéro de contrat à la compagnie
- (x) Sous-numéro (référence du preneur d'assurance ou du risque).

5. Description

- Dénomination claire du type de contrat, bien compréhensible pour les preneurs d'assurance, en évitant les appellations ambiguës, peu connues ou pouvant prêter à confusion.
Celle-ci est de préférence le libellé du « type de police » (sur base de la valeur de la liste A502) et est combinée avec le « produit » (IPD+532 dans le jargon du Telebib2).

6. Période

- Dates limites de la période de couverture ou de référence, sous la forme Jour/Mois/Année.

7. Montant net

- dans la devise (EUR) du contrat

8. Frais : y compris les frais de fractionnement, qui doivent figurer distinctement.

- dans la devise (EUR) du contrat

9. Impôts et cotisations légales

- dans la devise (EUR) du contrat

10. Total à payer

- dans la devise (EUR) du contrat
- (était d'application lors de la période transitoire de 1999.01.01 jusqu'au 2001.12.31) :
avec la conversion de ce montant en EUR si le contrat est en BEF et avec la conversion en BEF si le contrat est en EUR.

11. Renseignements propres aux produits

Si ces renseignements (voir ci-dessous) contiennent des montants, la règle générale sera d'exprimer ces montants uniquement dans la devise du contrat.

En général nous préférons ici une description du ou des « objet(s) du risque » et ceux-ci chaque fois complétés avec la ou les garantie(s) prévues pour ou sur tel « objet du risque ».

Nous espérons trouver ici une structuration conforme à et cohérente avec celle présente dans les conditions spécifiques du contrat.

Pour un tel « objet du risque », nous prévoyons les sous-totaux « montant net » / « frais » / « impôts et cotisations » / « total à payer ».

Pour les garanties nous prévoyons ces mêmes montants, par garantie.

Pour les garanties nous prévoyons aussi les « indications administratives » (voir 12 ci-dessous).

Un « objet du risque » est de préférence décrit moyennant son « type général » suivi d'une identification plus spécifique en fonction du type de « objet du risque ».

Une garantie est de préférence décrite moyennant son « dénominateur sectoriel » suivi de la « formule » propre à l'assureur.

Les valeurs des indices et les degrés bonus-malus y sont aussi mentionnés.

Un contrat peut tenir plusieurs « objets du risque » (même beaucoup) avec chaque fois plusieurs garanties (même beaucoup). Nous prévoyons la possibilité d'utiliser multiples feuilles (A4). La seconde et les suivantes pages éventuelles reprennent les informations nécessaires « en entête » et offrent l'espace nécessaire à la suite de cet ensemble.

a. Auto

Identification de l'objet du risque :

- Type général
- (x) Marque – Modèle – type
- (x) Numéro d'immatriculation (hautement souhaité) ou de châssis

Garantie :

- Dénominateur sectoriel
- « Formule » propre à l'assureur
- Période de couverture de ... / à ... (*si autre que celle de l'ensemble*)
- (x) Prime, valeur d'indice appliquée (*obligation légale en R.C. Auto*)
- (x) Prime, valeur d'indice précédente
- (x) Prime, degré bonus-malus appliqué (*obligation légale en R.C. Auto*)
- (x) Prime, degré bonus-malus précédent
- Prime, montant net
- (x) Prime, de ce montant net, les frais de commercialisation (*obligation légale en R.C. Auto*)
 - (prime nette = prime pure + frais de commercialisation)
 - (prime nette = prime pure + coûts techniques + commission)
- Prime, frais
- (x) Prime, de ces frais, la partie charges de fractionnement
- Prime, impôts et cotisations légales
- Prime, total à payer
- Indications administratives

b. Vie

Identification de l'objet du risque :

- (x) Type général
- Nom, Prénom

Garantie :

- Dénominateur sectoriel
- « Formule » propre à l'assureur
- Période de couverture de ... / à ... (*si autre que celle de l'ensemble*)
- (x) Prime, valeur d'indice appliquée
- (x) Prime, valeur d'indice précédente
- Prime, montant net
- (x) Prime, de ce montant net, les frais de commercialisation
(prime nette = prime pure + frais de commercialisation)
(prime nette = prime pure + coûts techniques + commission)
- Prime, frais
- (x) Prime, de ces frais, la partie charges de fractionnement
- Prime, impôts et cotisations légales
- Prime, total à payer
- (x) Prime, de ce total, le maximum immunisable
- Indications administratives

c. Loi

Identification de l'objet du risque :

- (x) Type général
- Dénomination

Garantie :

- Dénominateur sectoriel
- « Formule » propre à l'assureur
- Période de couverture de ... / à ... (*si autre que celle de l'ensemble*)
- (x) Prime, valeur d'indice appliquée
- (x) Prime, valeur d'indice précédente
- Prime, montant net
- (x) Prime, de ce montant net, les frais de commercialisation
(prime nette = prime pure + frais de commercialisation)
(prime nette = prime pure + coûts techniques + commission)
- Prime, frais
- (x) Prime, de ces frais, la partie charges de fractionnement
- Prime, impôts et cotisations légales
- Prime, total à payer
- (x) La mention "Prime provisionnelle révisée sur base de l'année 20xx" ou toute phrase équivalente.
- Indications administratives

d. Incendie

Identification de l'objet du risque :

- (x) Type général
- Situation du risque (adresse)

Garantie :

- Dénominateur sectoriel
- « Formule » propre à l'assureur
- Période de couverture de ... / à ... (*si autre que celle de l'ensemble*)
- Prime, valeur d'indice appliquée
- Prime, valeur d'indice précédente
- Prime, montant net
- (x) Prime, de ce montant net, les frais de commercialisation
(prime nette = prime pure + frais de commercialisation)
(prime nette = prime pure + coûts techniques + commission)
- Prime, frais
- (x) Prime, de ces frais, la partie charges de fractionnement
- Prime, impôts et cotisations légales
- Prime, total à payer
- Indications administratives

12. Indications administratives

12.a. Zone réservée à la compagnie.

12.b. La seule contrainte concerne la partie inférieure droite de la quittance où 22 chiffres doivent figurer, sans espacement, pour "crypter" la commission du producteur (zone 12 bis du modèle C).

- les 8 premiers chiffres : au choix de la compagnie
- les 8 suivants : le montant de la commission, précédé de zéros ; ce montant est affiché dans la devise du compte producteur. Si cette devise est EUR, les deux derniers chiffres représenteront les décimales.
- les 6 derniers : au choix de la compagnie.

12.c. Afin d'être complet nous mentionnons dans ce texte-ci en plus la possibilité des « renseignements administratifs adressés à l'intermédiaire ». Ce document « avis d'échéance » s'adressant bien au preneur d'assurance, ces informations ne l'intéressent pas. C'est pourquoi le contenu de ce 12.c. n'apparaît pas sur le document, mais éventuellement bien sur/dans le message structuré (voir plus loin sous B).

13. Signature (uniquement sur la quittance)

Signature donnée par la compagnie (sans objet si modèle D).

14. Date d'envoi de l'avis d'échéance

A compléter par le producteur sur la quittance (sans objet si modèle D) et l'avis d'échéance.

15. Date d'envoi du rappel d'avis d'échéance

A compléter par le producteur sur la quittance (sans objet si modèle D).

IV. ANALYSE DES RUBRIQUES DU BULLETIN “VIREMENT OU VERSEMENT”

Seule la “communication” du volet A fait l’objet d’une normalisation dans le cadre du triptyque, dans l’ordre :

- Espace libre de 14 positions (réservé au bénéficiaire pour l’inscription de ses références)
- Nom de la compagnie
- Numéro du contrat auprès de la compagnie
- Échéance de la quittance.

N.B. :

Le nombre de positions de la communication reproduites sur l’avis de crédit émis par l’organisme financier varie de 14 à 36 selon l’organisme.

La Sempiternelle
Boulevard Point du Jour, 123
1000 Bruxelles

3 Adresse preneur d'assurance
(comme chez l'intermédiaire)

Votre intermédiaire Nom, Prénom
Adresse

FSMA n°
Tel.
Réf. : 2

12b

Avis d'échéance (en EUR)

Contrat numéro

S/N°

Période de ... au ...

Avis du

4

6 jj/mm/aaaa – jj/mm/aaaa

14 jj/mm/aaaa

5

Montant net

Frais

Impôts et cotisations légales

Total à payer

7

8

9

10

Contrat - Détails

11

Page 1 de n

12a (si le tout ne dépasse pas une seule page)

Les certificats légaux relatifs aux assurances obligatoires vous seront envoyés après réception du paiement.
Cet avis, accompagné du document justifiant le transfert de fonds, constitue la preuve du paiement sans préjudice des primes, intérêts ou redevances locatives antérieurs qui seraient dus.

Exemple de bulletin de versement EURO :

Voir le site-web de la Banque Nationale de Belgique (www.nbb.be)

Y choisir « systèmes de paiement »

- ➔ « standards de paiement »
- ➔ « virements »
- ➔ « caractéristiques techniques »
- ➔ « formulaires-types »

La Sempiternelle
Boulevard Point du Jour, 123
1000 Bruxelles

Model D

Avis d'échéance (en EUR)

Contrat numéro

4

S/N°

Période de ... au ...

6 jj/mm/aaaa – jj/mm/aaaa

Avis du

14 jj/mm/aaaa

Contrat - Détails

11 (la suite dans le cas où une page ne suffit pas)

12a (dans le cas où une page ne suffit pas)

Page 2 de n

B / Par télécommunication (TELEBIB2)

Afin de permettre l'impression des avis d'échéance par l'intermédiaire, la compagnie est tenue de lui communiquer toutes les données qu'il ne pourrait pas retrouver dans ses fichiers. A cet effet, un message a été développé suivant le format TELEBIB2.

Structure

Pour une description complète de la structure de TELEBIB2, nous vous renvoyons aux informations à ce sujet, que vous pouvez trouver notamment sur le site-web du TELEBIB2.

C'est bien là que les informations les plus complètes et les plus récentes sont disponibles, alors qu'ici nous nous contentons de ne reprendre qu'un résumé concis et élémentaire.

Un échange se compose d'un fichier texte avec un texte continu.

Dans la description ci-dessous, les différents éléments sont présentés sur plusieurs lignes. Néanmoins, toutes ces données doivent apparaître à la suite les unes des autres, sans espaces ni "retours à la ligne".

Chaque partie du message comprend :

- Un identificateur de segment ou rubrique : 3 lettres

- Un signe "+"

- Un ou plusieurs identificateur(s), séparé(s) par des signes "+"

- Un ou plusieurs contenu(s), éventuellement séparé(s) par des signes ":"

- Un signe " ' " (apostrophe) indiquant la fin d'un élément et permettant éventuellement de terminer un segment prématurément.

Dans les exemples ci-dessous, tous ces signes doivent être repris tels quels.

Cadre

Le "avis de quittance à terme" (*) est un avis standard à l'origine conçu par la Commission Mixte pour la Productivité. Il repose sur la structure de TELEBIB2.

Le "avis d'échéance" porte le code message 0304.

Si, comme contrôle de l'échange, on souhaite annexer un enregistrement de contrôle à un échange « documents – quittances terme » (*), on utilisera pour cela le message « Enregistrement de contrôle Quittances terme » (voir la description ci-après).

(*) : Le message Telebib2 0304 est le « message quittance » dans le sens de « quittance terme » aussi bien que dans le sens « quittance de comptant », et y est bien toujours question d'une quittance-prime et non d'une quittance-sinistre.

Structure du "avis de quittance (terme)"

	XEH+03+1+0304+++domaine++++yyyymmddhhmm+E1::M0304:4' (cette table est reprise sur base du Telebib2 release 201501)	
Quittance impactant les conditions du contrat	GIS+B004+...'	
Type de police	IPD+A502+type de police'	(1)
Produit d'assurance, code et nom	IPD+A532+code produit::nom produit	(15)
Date de comptabilisation	DTM+005:jjmmaaaa:001'	(3)
Echéance (principale)	DTM+004:jjmm:003'	
Numéro de police	RFF+001:numéro de police'	

Numéro de groupement de police	RFF+072:numéro'	
Numéro de flotte	RFF+005:numéro'	
Numéro de police Assuralia	RFF+016:numéro de police Assuralia'	
Numéro de quittance	RFF+027:numéro de quittance'	
GUID du message	RFF+084:numéro' (Globally Unique Identification)	
Référence conditions générales	RFF+023 :référence'	
Mode d'encaissement quittance	ATT+B003+mode d'encaissement'	(4)
Code de devise	ATT+A660+code de devise'	(5)
Fractionnement	ATT+A325+code de fractionnement'	(6)
Type de quittance	ATT+B001+type'	
~~Co-assurance~~	~~ATT+A020+code'~~	~~(7)~~
Prime technique pure	MOA+061:montant:EUR:2'	
Coûts techniques	MOA+167:montant:EUR:2'	
Commission totale	MOA+015:montant:EUR:2'	(8)
Frais de commercialisation	MOA+163:montant:EUR:2' (= MOA+167 + MOA+015)	
Prime nette totale	MOA+013:montant:EUR:2' (= MOA+061 + MOA+163)	(8)
Total des autres frais	MOA+105:montant frais'	(8)
Total coûts de fractionnement	MOA+039:coûts de fractionnement'	(8)
Total des frais	MOA+017:montant:EUR:2' (= MOA+105 + MOA+039)	
Total des taxes	MOA+016:montant charges:EUR:2'	(8)
Frais de quittance	MOA+100:frais de quittance:EUR:2'	(8)
Total à payer	MOA+012:total à payer'	(8)(9)
~~Prime autres garanties que RC Auto~~	~~MOA+097:prime autres garanties RC Auto'~~	~~(8)~~
~~Charges et coûts autres garanties que RC Auto~~	~~MOA+098:ch. & coûts autres garanties RC Auto'~~	~~(8)(12)~~
Partie déductible prime AV	MOA+029:partie déductible prime AV:EUR:2'	(8)
Valeur de rachat fin année précédente	MOA+089:montant:EUR:2'	
Nombre de documents joints	QTY+134:nombre'	
Texte de communication	FTX+018+texte:texte:texte:texte:texte'	
URL conditions générales	FTX+046+texte:texte:texte:texte:texte'	
Texte de communication (non juridique)	FTX+058+texte:texte:texte:texte:texte'	
	XRH+1'	
Intermédiaire - Numéro FSMA - assureur, numéro compte agent - échanges80, identifiant - siège, code	PTY+002 +n°_FSMA:006 +n°_agent auprès de la cie:002 +échange80_code:007 +code siège'	(13)
Intermédiaire – Référence contrat	RFF+003:numéro de référence producteur'	
	XRT+1'	
	XRH+1	'
Preneur d'assurance	PTY+003 +numéro chez l'assureur:002 +numéro chez l'intermédiaire:003 + +code siège'	
Preneur d'assurance - Nom et prénom	NME+001+nom:prénom'	
Preneur d'assurance – langue de	ATT+A10C+langue'	

communication		
	XRT+1'	
	XRH+1'	
Assureur - Numéro FSMA - assureur, numéro compte agent - échanges80, identifiant - siège, code	PTY+006 +numéro_FSMA:006 +n° agent auprès de la cie:002 +échange80_code:007 +code siège'	(14)
Assureur – type assureur en co- assurance	ATT+A020+type'	(7)
	XRT+1'	
	XRH+1'	
Période assurée	PER+003' (dans la majorité des cas de quittance terme et comptant nouvelle affaires / les comptant après avenant nécessitent généralement les prorata plus et prorata moins)	
Période assurée - Date début	DTM+041:date de début'	(3)
Pér. Ass. - Date fin période assurée	DTM+022:date de fin'	(3)
Par risque		
	XRH+2'	
Pér. Ass. – Risque – Type de risque	ROD+type de risque'	(10)
Pér. Ass. – Risque (= véhicule) – Marque du véhicule	(ROD+00x) – NME+005+marque:modèle:type'	
Pér. Ass. – Risque (= véhicule) – Numéro d'immatriculation	(ROD+00x) – RFF+010:numéro d'immatriculation'	
Pér. Ass. – Risque (= véhicule) – Numéro de châssis	(ROD+00x) – RFF+011:numéro de châssis'	
Pér. Ass. – Risque (= bâtiment ou contenu) – Situation du risque	(ROD+01x) – ADR+001+rue:numéro maison+code postal+localité'	
Pér. Ass. – Risque (= bâtiment ou contenu) – Capital assuré	(ROD+01x) – MOA+004:capital+indice type:indice valeur'	(8)
Pér. Ass. – Risque (= individu) – Nom, prénom de l'assuré	(ROD+030) – NME+001+nom:prénom'	
Pér. Ass. – Risque (= groupe de personnes) – Nom de l'assuré	(ROD+04x) – NME+001+nom:prénom'	
Pér. Ass. – Risque (= activité du groupe ou de l'individu) – Nom, prénom de l'assuré	(ROD+05x) – NME+001+nom:prénom'	
Pér. Ass. – Risque (= famille) – Nom, prénom de l'assuré	(ROD+060) – NME+001+nom:prénom'	
~~Pér. Ass. – Risque – Capital vie (sans part. bénéf.)~~	~~MOA+023:capital vie'~~	~~(8)~~
~~Pér. Ass. – Risque – Part. bénéf. Vie~~	~~MOA+024:part. bénéf. vie'~~	~~(8)~~
~~Pér. Ass. – Risque – Capital décès (sans~~	~~MOA+026:capital décès'~~	~~(8)~~

part. bénéf.)		
~~Pér. Ass. – Risque – Part. bénéf. Décès~~	~~MOA+028:part. bénéf. décès'~~	~~(8)~~
~~Pér. Ass. – Risque – Valeur de rachat théorique~~	~~MOA+089:valeur de rachat'~~	~~(8)~~
Par garantie		
	XRH+3'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Identification de la garantie	(ROD+xxx) – ICD+identification garantie'	(11)
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Formule assureur	(ROD+xxx – ICD+xxx) – IFD+code:list:agency:label'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Date début	(ROD+xxx – ICD+xxx) – DTM+008:jjmmaaaa:001'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Date fin	(ROD+xxx – ICD+xxx) – DTM+138:jjmmaaaa:001'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie Auto – Degré B/M appliqué	ATT+5300+degré B/M appliqué'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie Auto – Classe B/M appliqué	ATT+5301+classe B/M appliqué'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Capital	MOA+004:montant:EUR:2+indice-code:indice-valeur:2'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Prime technique ou pure	MOA+061:montant:EUR:2+indice-code:indice-valeur:2'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Coûts techniques	MOA+167:montant:EUR:2+indice-code:indice-valeur:2'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Commission	MOA+015:montant commission'	(8)
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Coûts de commercialisation	MOA+163:montant:EUR:2+indice-code:indice-valeur:2'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Prime nette fractionnée, indice appliqué	MOA+013:prime:EUR:2+indice-type:indice-valeur'	(8)
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Autres frais à ajouter	MOA+105:montant frais'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Coûts de fractionnement	MOA+039:coûts de fractionnement'	(8)
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Montants frais	MOA+017:montant frais'	(8)
Pér. Ass. – Risque – Garantie – Taxes	MOA+016:montant taxes'	(8)
~~Pér. Ass. – Risque – Garantie – Total ch. & frais sur RC Auto~~	~~MOA+099:charges & frais sur prime RC Auto'~~	~~(8)(12)~~
Pér. Ass. – Risque – Garantie Vie – Capital Vie	MOA+023:montant:EUR:2'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie Vie – Rente annuelle	MOA+180:montant:EUR:2'	
Pér. Ass. – Risque – Garantie Vie – Capital	MOA+026:montant:EUR:2'	

Décès		
Par garantie	XRT+3'	
Par risque	XRT+2'	
	XRT+1'	
	XET+04'	

- (1) voir recommandation 32
- (2) format MMSSAA
- (3) format JJMMSSAA
- (4) 3=compagnie, 4=producteur
- (5) EUR
- (6) 1=annuel, 2=semestriel, 3=trimestriel, 4=mensuel
- (7) 1=co-assurance, compagnie apéritrice, 2=co-assurance, compagnie non-apéritrice
(le segment peut être omis s'il n'y a pas de co-assurance)
- (8) exprimé en francs belges ou eurocent suivant le code devise
- (9) Selon les dispositions d'Assuralia relatives à l'introduction de l'euro, les totaux étaient toujours exprimés en francs belges et en euro pendant la période de transition du 01.01.1999 au 31.12.2001. Dans l'échange, les montants sont libellés dans une seule devise. Si les montants de l'échange sont imprimés, la conversion doit être effectuée lors de l'impression.
- (10) Utilisez la liste des qualifiants X052 de TELEBIB2.
- (11) Utilisez la liste des qualifiants X058 de TELEBIB2.
- (12) ces données sont reprises afin d'assurer la pérennité de l'échange⁸⁰. En cas où un éclatement complet est donné, elles sont superflues et pas utilisées.
- (13) Le code d'échange tel qu'utilisé dans l'échange⁸⁰ pour identifier un producteur, peut être utilisé pour identifier le siège d'un producteur.
- (14) Le code d'échange tel qu'utilisé dans l'échange⁸⁰ pour identifier un assureur, peut être utilisé pour identifier le siège d'un assureur
- (15) Selon liste de valeurs spécifique à la compagnie ou sous forme de texte.

La lecture de cette liste révèle qu'elle contient un certain nombre de données relatives à un type de police spécifique, un objet de risque spécifique ou une garantie spécifique. Il va de soi que ces données apparaissent uniquement lorsqu'elles sont effectivement d'application.

Structure du document « Enregistrement de contrôle Quittances terme »

(Les messages 0304 avec le ATT+B001+1' sont les « quittances termes » lesquelles sont cumulées dans cet enregistrement de contrôle, le tout groupé par mode d'encaissement, par code monnaie, et par compte producteur.)

	XEH+06+1+0603+++domaine++++yyymmddhhmm+E1:::M 0603:2' (ce tableau est conforme au release <i>Telebib2 201501</i>)	
Date de comptabilisation	DTM+005:jjmmaaaa:001'	
GUID du message	RFF+084:guid'	
Encaissement quittances	ATT+B003+encaissement'	
Monnaie	ATT+A660+monnaie'	
Montant Total primes	MOA+013:montant:EUR:2'	
Montant Total commissions	MOA+015:montant:EUR:2'	
Montant Total payable	MOA+012:montant:EUR:2'	

Nombre de "quittances termes" envoyées	QTY+076:nombre'	
Nombre de documents joints	QTY+134:nombre'	
	XRH+1'	
Intermédiaire-producteur - numéro FSMA - Assureur-compte-agent - Echanges80 numéro-ID, - code siège	PTY+002 +FSMA-n°:006 +agence-n° à la cie:002 +échanges80-code:007 +code-siège'	
	XRT+1'	
	XRH+1'	
Assureur - numéro FSMA - Assureur-compte-agent - Echanges80 numéro-ID - code siège	PTY+006 +FSMA-n°:006 +agence-n° à la cie:002 +échanges80-code:007 +code-siège'	
	XRT+1'	
	XET+06'	

Mesures de transition

(Texte datant de juin 1999.)

La CMP (Commission Mixte de Productivité) est consciente du fait que l'introduction de cette nouvelle structure ne se déroulera pas sans mal. Néanmoins, il y a véritablement urgence.

Pour cette raison, il est demandé aux compagnies de passer le plus rapidement possible à cette nouvelle structure, même si, dans un premier temps, toutes les rubriques ne peuvent être remplies. Il est possible de compléter les données manquantes ultérieurement.

Quant aux courtiers, il leur est demandé d'écrire des interfaces dans les plus brefs délais permettant d'enregistrer cette nouvelle structure tout en sachant que, dans un premier temps, ils ne pourront peut-être pas recevoir toutes les données qu'elle prévoit.

RECOMMANDATION 10 AUX ENTREPRISES D'ASSURANCES LORSQU'UNE MODIFICATION DE PRIME INTERVIENT AUX ALENTOURS DE LA DATE D'ECHEANCE D'UN CONTRAT

Si une modification de prime intervient aux alentours de la date d'échéance du contrat, c'est la date d'effet de la modification qui déterminera le mouvement de la quittance :

- si cette modification intervient avec effet **avant ou le jour même** de la date d'échéance, il y a lieu pour l'intermédiaire de retourner la quittance ou un document valant quittance;
- si la modification intervient avec effet **postérieur à** la date d'échéance, la quittance est due et l'entreprise d'assurances établit un prorata "positif" ou "négatif".

Exemples

11/05	12/05	
effet changement	échéance	
la quittance est à renvoyer à l'entreprise d'assurances		
	12/05	13/05
	échéance	effet changement
		la prime du 12 mai est due

RECOMMANDATION 12

RELEVÉ DE PORTEFEUILLE

Préambule

En 2015 nous ne considérons plus opportun la distinction entre le relevé de portefeuille destiné à l'intermédiaire non informatisé et celui destiné à l'intermédiaire informatisé. Nous partons du principe que tout le monde est capable de traitements informatiques. La représentation visuelle/textuelle de ce genre de relevé est alors une déduction directe de la version électronique.

Des anciennes recommandations 11 (relevé pour producteurs informatisés) et 12 (relevé pour courtiers non informatisés), le contenu jugé pertinent est dès lors repris dans cette seule recommandation 12. Du fait que dans les anciennes recommandations il y avait déjà question de relevés échangés entre assureurs nous donnons à cette recommandation un titre plus large que « ... pour les intermédiaires ».

I. But du relevé

Le relevé de portefeuille est établi sur un support informatique quelconque pouvant être relu par un autre ordinateur.

L'utilisation du relevé de portefeuille est évidente :

- le producteur qui s'informatise peut être aidé par les compagnies à constituer ses fichiers;
- en cas de transfert de portefeuille entre producteurs (vente, succession);
- entre compagnies à la suite de fusion, absorption et autres;
- en cas de modification importante des tarifs, etc...

L'avantage informatique qu'il représente l'est également :

- les compagnies n'ont qu'un seul programme à écrire pour établir un relevé de portefeuille standard;
- les producteurs ne doivent prévoir qu'un seul programme de reconversion du relevé standard vers leurs propres fichiers.

II. Informations à fournir

La situation de chaque police en portefeuille est représentée par un groupe d'enregistrements informatiques. Les données des enregistrements doivent permettre de reconstituer la situation de la police au moment de l'émission des dernières pièces contractuelles (il n'y a donc pas d'actualisation des primes nettes et des garanties); toutefois, il est tenu compte des adaptations éventuelles à caractère légal, visant par exemple les taux d'impôt ou de cotisations, postérieures à l'émission des pièces précitées.

L'émetteur fournit seulement les renseignements dont il dispose dans son fichier, y compris ceux qu'il peut réunir à l'aide d'un calcul au moment de la conversion ou ceux qui partent d'éléments constants (taux des charges légales, numéro O.C.A. de la Compagnie, etc...).

L'émetteur joint à son relevé une note donnant les précisions qui lui semblent utiles sur la façon dont le relevé a été établi, notamment la date de dernière mise à jour de son fichier et la date à laquelle est arrêté le nombre des sinistres à prendre en considération pour le bonus-malus Auto.

Il est également souhaitable que l'émetteur rappelle que les primes figurant dans le relevé ne sont pas celles de la dernière quittance des diverses polices, mais bien celles mentionnées dans les dernières pièces contractuelles émises.

III. Présentation, historique et évolution

Les anciennes considérations autour du relevé destiné au traitement manuel

L'effort de normalisation s'est porté essentiellement sur les rubriques qui composent le relevé de portefeuille, ainsi que sur le respect de l'ordre dans lequel les diverses informations y apparaissent. Le nombre de positions occupées et les abréviations des titres sont au choix des compagnies.

Le document présenté tient compte des contraintes maximales, c'est-à-dire :

- 120 caractères par ligne,
- impression intégrale par l'ordinateur.

Comme une unité n'existe pas entre les compagnies quant à la nature précise de certaines rubriques, une explication suffisante doit être jointe aux relevés. De plus, certaines compagnies sont dans l'obligation technique de limiter les relevés aux polices pour lesquelles il est prévu un quittance à terme prévisible (pas les affaires à aliment ni à primes uniques) et aux informations que contiennent leurs fichiers mécanographiques.

Selon le but de la demande de relevé, il importe de connaître la prochaine ou la dernière situation de primes à terme (contrôle de l'échéancier, vente de portefeuille). Parmi les compagnies, certaines possèdent sur leurs fichiers mécanographiques :

- soit la situation du dernier quittance,
- soit la situation du prochain quittance,
- soit les situations des quittances futurs, en nombre limité ou pas limité.

Le barème des commissions dont bénéficie le producteur est joint à la note explicative accompagnant le relevé.

Les premières versions du relevé destiné au traitement automatique

Le tracé initial de portefeuille fut étudié et recommandé alors que l'usage de la carte perforée était encore répandu et que la gestion informatique des compagnies était très incomplète. Les divers enregistrements contenant la description sommaire d'une police ont donc été limités à 80 positions.

RELEVE "80 positions"

Ce relevé se subdivise en :

- données communes à toutes les branches (enregistrements A à E)
 - données propres à la branche Auto et références du producteur (enregistrement F)
 - données relatives au risque assuré (enregistrement G, avec autant d'itérations que nécessaire)
- Spécificités dues au passage à l'EURO

Les renseignements ne seront pas modifiés ; les montants restent mono-devises BEF.

Dans un stade ultérieur, les fichiers informatiques de la plupart des producteurs concernés contenaient davantage de détails relatifs à leur portefeuille, informations que la majorité des compagnies étaient à même de fournir.

Une étude s'appuyant sur le dictionnaire TELEBIB, permettait à la CMP de recommander un relevé de portefeuille mieux adapté aux aspirations des producteurs et aux systèmes informatiques en place.

RELEVE "1994"

Ce relevé se subdivise en :

Informations générales comprenant :

- généralités
- renseignements relatifs à la police
- données du preneur d'assurance
- récapitulation des primes et commissions

Informations spécifiques par branche (*) comprenant :

- description du risque
- garanties couvertes

(*) Comme certaines branches n'ont pas encore fait l'objet d'une analyse détaillée, leur tracé sera diffusé ultérieurement.

Spécificités dues au passage à l'EURO

L'enregistrement "informations générales" est modifié (code record 00)

Un code devise est ajouté ; la zone montant est unique et contient soit des BEF, soit des cents EUR.

IV. Contenu actuel

Le relevé de portefeuille suit la description disponible sur www.telebib2.org, sous le MCI M0114 dans sa dernière version (version 10 dans le release 2015).

Le MCI (Message Content Inventory) décrit le contenu indépendamment de la syntaxe d'implémentation.

Un tel MIC est traduit dans un MIG (Message Implementation Guide) propre à la syntaxe d'implémentation. A ce jour (début 2015) ceci est encore la syntaxe Telebib2-Edifact.

Une évolution de plus est le contenu du « namespace » avec son jeu de schémas XSD disponibles sous www.telebib2.org/Namespaces/2014/Entities.xsd.

Là, le « MessageContractIndetail » est le pendant du « M0114 » dans le Telebib2-Edifact.

Mais ceci n'a pas encore de statut officialisé, ce n'est pas encore validé au niveau sectoriel.

RECOMMANDATION 13 MESSAGE PRODUCTION LETTRE-TYPE

Historique

Première phase

Le message original « Message Production Lettre-Type Producteur – Assureur » avait été établi après analyse d'un grand nombre de documents en usage chez les producteurs de manière à proposer un document clair répondant aux besoins de chacun, tout en uniformisant l'ordre et la présentation des formules utilisées pour faciliter le travail des Compagnies.

La grande variété de documents émanant des producteurs entraînait des pertes de temps et d'efficacité et des possibilités d'erreurs préjudiciables à tous.

Le groupe de travail avait cherché à établir un document sobre, de bonne présentation, qui pouvait utilement remplacer une lettre dactylographiée dont le coût d'établissement est encore toujours élevé.

Le document établi était « autocopiant » avec un ou deux doubles et mis à disposition sous forme de carnets.

Les préalables les plus importants étaient :

- Un message le plus cohérent possible, moyennant des paragraphes pré-imprimés et numérotés, et répartis sur quatre rubriques majeures de gestion d'une police :
 - l'envoi de documents
 - la demande de documents
 - la communication de renseignements
 - la demande de renseignements
- Pour éviter un excès de paragraphes imprimés, les formules les moins utilisées étaient remplacées par un message libre.

Le nombre de paragraphes imprimés avait été volontairement restreint par le groupe de travail après avoir constaté que les gestionnaires de polices soit ne connaissent pas les nombreuses formules imprimées, soit considèrent qu'elles ne répondent pas exactement à leur cas, car on retrouvait fréquemment la formule imprimée reproduite à la main dans le message libre.
- Y existait aussi un document-type séparé « Avis de modification – Véhicules automobiles » (l'ancienne recommandation 6).
- Y existait aussi un document-type séparé « B.R.B. » (l'ancienne recommandation 3).
- N'y existait dans cette première phase pas de document spécifique pour les changements d'adresse.

Dans cet environnement basé sur le papier, les Compagnies préféraient recevoir en retour sans lettre d'accompagnement les pièces signées émanant d'elles.

Les paragraphes numérotés se limitaient aux :

- Veuillez trouver en annexe :
 - 11 – Le(s) document(s) cité(s) ci-dessus
 - 12 – La lettre de notre assuré du
 - 13 – Copie de notre lettre du
- Veuillez nous transmettre :
 - 21 – Le(s) document(s) cité(s) ci-dessus
 - 22 – Copie complète des conditions imprimées pour le producteur
- Renseignements communiqués :
 - 31a – La nouvelle adresse de l'assuré – les risques seront transférés à partir du
 - 31b – La nouvelle adresse de l'assuré – sans transfert de risques
 - 32 – Modification(s) à apporter au contrat
- Renseignements demandés :
 - 41 – Auriez-vous l'obligeance de nous communiquer les renseignements demandés ci-dessus
 - 42 – Nous vous rappelons notre communication du

Deuxième phase

D'une part, Telebib1 et Assurnet/1 ont permis la conception de toute une série de messages spécifiques, et d'autre part ont continué sur la même voie, et ont ainsi mis à disposition les messages suivants :

Telebib1	Assurnet/1
A02 – Changement d'adresse et modification renseignements client	022 – Modification renseignements client
	024 – Modification renseignements police
A04 – Message production (Producteur > Assureur)	
A05 – Message production (Assureur > Producteur)	
ZZZ – Texte libre	020 – Message à contenu libre (texte libre)

Par après, Telebib2 et Assurnet/2 ont continué sur ces mêmes bases.

Troisième phase

En 2008 ont été conçus dans Telebib2 les nouveaux codes objet-action (et donc les messages):

0123 – Contrat, MPB origine producteur

0124 – Contrat, MPB origine assureur

En même temps ont été conçus les (Telebib2-)listes de valeurs :

CMPA – Code MPB origine courtier

CMPB – Code MPB origine compagnie d'assurances

Le contenu de ces deux listes de valeurs (situation début 2015) :

CMPA – Code MPB origine courtier	CMPB – Code MPB origine assureur
10 – ENVOI : Document	10 – TEXTE LIBRE ...
11 – ENVOI : Domiciliation bancaire	
12 – ENVOI : Revenu de référence	12 – ENVOI: Attestation fiscale
13 – ENVOI : Communication de compte bancaire	13 – ENVOI: document
14 – ENVOI : Communication référence producteur	
15 - ENVOI : Changement du numéro de plaque	
16 – ENVOI : Changement du mode d'encaissement	
17 – ENVOI : Changement de la date d'échéance principale	
18 – ENVOI : Avis de révocation, annulation domiciliation	
19 – ENVOI : Domiciliation bancaire à traiter	
2 – DEMANDE	
21 – DEMANDE : Optimisation fiscale	
22 – DEMANDE : Attestation fiscale	22 – DEMANDE: Revenu de référence
23 – ARBITRAGE des fonds	23 – DEMANDE: Vérification (technique) suite au changement d'adresse
24 – DEMANDE : Retrait non planifié	24 – DEMANDE: correction à effectuer par le courtier même
25 – DEMANDE : Rachat partiel	
26 – DEMANDE : Rachat total	
27 – DEMANDE : Avance de fonds	
28 – DEMANDE : Transfert de réserve	
29 – DEMANDE : Prestation pour nuptialité	
30 – DEMANDE : Prestation pour survie	
31 – DEMANDE : Attestation sinistres	
32 – DEMANDE : Carte verte	
33 – DEMANDE : Copie contrat	
34 – DEMANDE : Duplicata de quittance comptant ou terme	
35 – DEMANDE : Avenant de créance hypothécaire	

36 – DEMANDE : Attestation de financement	
37 – DEMANDE : Attestation RC Chasse	
38 – DEMANDE : Attestation RC Bateau	
39 – DEMANDE : Révision de la prime	
40 – DEMANDE : Inspection du bien	
41 – ENVOI : changement du fractionnement	
42 – DEMANDE : correction de pièces émises avec erreur(s)	
43 – ENVOI : remplacement temporaire de véhicule 24hr max	
44 – DEMANDE : coordonnées du preneur d'assurance	
49 – ENVOI : changement adresse preneur	49 – ENVOI: changement adresse preneur
50 – ENVOI : BCE n° entreprise preneur	50 – ENVOI: BCE n° entreprise preneur
99 – DIVERS : Texte libre	

Dans ces phases 2 et 3, la majorité des messages échangés se déplace graduellement du papier vers l'électronique.

A ce jour, début 2015, ce sont bien ces deux messages documentés dans le Telebib2 que nous considérons être le standard et donc notre repère.

Sur le site-web www.telebib2.org, les MCI (Message Content Inventory) et MIG (Message Implementation Guide) sont disponibles pour ces messages M0123 et M0124.

MESSAGE PRODUCTION – origine Assureur

M.P.B.
Message Production

Emetteur – Assureur

Bloc adressage à gauche

Branche:	A l'attention de:
N° Police:	Vos Ref.:
Nos Ref.:	
Preneur:	
Nous vous prions de bien vouloir réserver une suite utile aux paragraphes dont les numéros sont indiqués ci-après :	
Message du:	Réponse du:

§ N°:

(*)

Veillez trouver en annexe:

12 – ENVOI: Attestation fiscale
13 – ENVOI: document
49 – ENVOI: changement adresse preneur

Veillez nous transmettre:

22 – DEMANDE: Revenu de référence

Renseignements communiqués:

10 – TEXTE LIBRE ...
50 – ENVOI: BCE n° entreprise preneur
23 – DEMANDE: Vérification (technique) suite au changement d'adresse

Renseignements demandés:

24 – DEMANDE: correction à effectuer par le courtier même

Signature pour l'assureur

MESSAGE PRODUCTION – origine Intermédiaire

M.P.B.
Message Production

Emetteur – Intermédiaire

Bloc adressage à gauche

	A l'attention de:
	Vos Ref.:
Nos Ref.:	Branche:
Preneur:	N° Police:

Nous vous prions de bien vouloir réserver une suite utile aux paragraphes dont les numéros sont indiqués ci-après :

Message du:	Réponse du:
-------------	-------------

§ N°:
(*)

Veillez trouver en annexe:

- 10 – ENVOI : Document
- 11 – ENVOI : Domiciliation bancaire
- 18 – ENVOI : Avis de révocation, annulation domiciliation
- 19 – ENVOI : Domiciliation bancaire à traiter

Veillez nous transmettre:

- 22 – DEMANDE : Attestation fiscale
- 24 – DEMANDE : Retrait non planifié
- 25 – DEMANDE : Rachat partiel
- 26 – DEMANDE : Rachat total
- 27 – DEMANDE : Avance de fonds
- 28 – DEMANDE : Transfert de réserve
- 29 – DEMANDE : Prestation pour nuptialité
- 30 – DEMANDE : Prestation pour survie
- 31 – DEMANDE : Attestation sinistres
- 32 – DEMANDE : Carte verte
- 33 – DEMANDE : Copie contrat
- 34 – DEMANDE : Duplicata de quittance comptant ou terme
- 35 – DEMANDE : Avenant de créance hypothécaire
- 36 – DEMANDE : Attestation de financement
- 37 – DEMANDE : Attestation RC Chasse
- 38 – DEMANDE : Attestation RC Bateau
- 42 – DEMANDE : correction de pièces émises avec erreur(s)
- 44 – DEMANDE : coordonnées du preneur d'assurance

Renseignements communiqués:

- 12 – ENVOI : Revenu de référence
- 13 – ENVOI : Communication de compte bancaire
- 14 – ENVOI : Communication référence producteur
- 15 – ENVOI : Changement du numéro de plaque
- 16 – ENVOI : Changement du mode d'encaissement
- 17 – ENVOI : Changement de la date d'échéance principale
- 41 – ENVOI : changement du fractionnement
- 43 – ENVOI : remplacement temporaire de véhicule 24hr max
- 49 – ENVOI : changement adresse preneur
- 50 – ENVOI : BCE n° entreprise preneur

Renseignements demandés:

- 21 – DEMANDE : Optimisation fiscale
- 23 – ARBITRAGE des fonds
- 39 – DEMANDE : Révision de la prime
- 40 – DEMANDE : Inspection du bien

99 – DIVERS : Texte libre

Signature de l'intermédiaire

Quatrième phase

L'évolution continue de l'automatisation fait que les préalables de la première phase ne sont plus pertinents. Maintenant déjà, de plus en plus de tâches peuvent être spécifiées suffisamment précises pour que la question soit suivie d'une réponse automatisée. On ne désire plus un jeu limité de « paragraphes », mais bien une série étendue de « questions » et « réponses ». Les systèmes viennent de plus en plus en support aux activités des gestionnaires production.

Encore autre chose sont les assureurs déléguant leurs activités aux/envers leurs intermédiaires. Au niveau des échanges de messages nous avons fait l'expérience de cela déjà plus longtemps, notamment dans les processus de gestion sinistres.

Dans ce sens, la distinction entre le message production d'origine courtier et le message production d'origine assureur perd son importance. L'assureur peut, dans sa gestion, recevoir le même type de question ou type d'information d'un intermédiaire, aussi bien que d'un assureur.

Une phase suivante peut dès lors être la restriction à un seul message production, avec une seule codification, et circulant dans la communauté des assureurs et intermédiaires.

A tel fin, les codifications CMPA et CMPB doivent être réconciliées, pour finalement ne retenir qu'une seule des deux codifications.

A tel fin, l'entête du message production existant doit mieux (plus explicitement) renseigner sur l'expéditeur et le destinataire, y compris leurs références respectives.

RECOMMANDATION 14 AUX COMPAGNIES REMBOURSEMENT D'UN PRORATA DE PRIME (COMPTANT NEGATIF)

LE PROBLEME :

A la réception de documents relatifs à un remboursement en encaissement producteur (*), le Producteur doit connaître :

- le montant de la commission
 - la méthode de comptabilisation de la Compagnie,
- afin de pouvoir gérer sa comptabilité d'une manière adéquate.

(*) « encaissement producteur » sous-entendant ici « décaissement par le producteur ».

Les documents et procédures utilisés par les Compagnies sont très variés :

1) documents :

- uniquement les pièces contractuelles avec mention du remboursement;
- émission d'une quittance de remboursement
avec ou sans le montant "crypté" de la commission,
avec ou sans bordereau (bordereau de commission ou bordereau de quittance de
remboursement);

2) procédures :

- comptabilisation d'office à l'émission (crédit automatique);
- comptabilisation lors de la rentrée de la quittance signée, à la Compagnie;
- débit d'office du montant de la commission à l'émission et crédit du montant du remboursement à la rentrée de la quittance signée, à la Compagnie.

LA SOLUTION :

Les recommandations suivantes sont énoncées :

1. Une uniformisation devrait pouvoir être introduite, sans pour cela déroger aux principes en vigueur dans chaque Compagnie.
2. Il serait souhaitable que les Compagnies transmettent aux Producteurs :
 - une quittance de remboursement (avec une mention claire précisant si le document doit, ou non, être renvoyé signé à la Compagnie);
 - un bordereau de quittance (de remboursement) qui mentionne le montant de la commission et le type de comptabilisation de l'opération.
3. De toute façon en cas de non-usage du bordereau, il est indispensable de faire apparaître d'une manière "cryptée" le montant de la commission sur les quittances.
4. Lorsqu'il s'agit d'une affaire en « encaissement Compagnie », l'envoi au Producteur du bordereau de commission reste nécessaire.
5. Les principes en vigueur dans la Compagnie sont cohérents et uniformes :
 - à l'émission d'une prime en encaissement par le producteur ;
avec ou sans remise de la quittance physique au producteur ;
comptabilisation d'office au compte producteur : débit prime et crédit commission.
 - à l'émission d'un remboursement de prime en encaissement par le producteur ;
avec ou sans remise de la quittance physique au producteur ;
comptabilisation d'office au compte producteur : crédit prime et débit commission.
 - Le délai de retour est valable pour toute quittance en « encaissement producteur », que ce soit une quittance à encaisser ou à décaisser.
 - Le fait de dépasser le délai de retour est imputable, par l'assureur, à/sur la tête du producteur.

Remarque :

Telebib2 : en pratique, dans l'implémentation actuelle, le message M0304 concerne le « avis d'échéance – quittance », et ce même message est en même temps le « bordereau de quittance ».

RECOMMANDATION 15 AUX ASSUREURS INDICATION DE LA DATE D'ETABLISSEMENT SUR LES PIECES ENVOYEEES PAR L'ASSUREUR
--

Recommandation de Assuralia. à ses membres pour leur demander d'indiquer sur les différentes pièces (polices, etc.) la date d'établissement de la pièce.

Certaines Compagnies font en effet apparaître sur les pièces définitives la date d'émission de leurs pièces antérieures (provisoires), ce qui provoque une confusion de la part de la clientèle.

RECOMMANDATION 16

ETAT DES SALAIRES ET APPOINTEMENTS

Introduction et historique

Par sa circulaire du 21 mars 1974 (Doc/Ass/Loi 74-4) et celle du 16 novembre 1978 (Doc/Ass/Loi 78-10), l'U.P.E.A. (maintenant Assuralia) recommandait aux assureurs pratiquant la branche "Accidents du Travail" de s'inspirer d'un modèle d'état des salaires et appointements mis au point par un Groupe de Travail Mixte composé de représentants de l'U.P.E.A. (maintenant Assuralia), de délégués de l'Association des Caisses Communes d'Assurance (A.C.C.A.) et d'intermédiaires (FEPRABEL, DE UNIE) (maintenant Feprabel, FV et BVVP-UPCA).

La motivation de cette recommandation coïncidant à celle de la Commission Mixte de Productivité (maintenant la Commission Mixte de Suivi), cette dernière a décidé de réserver à ce sujet un chapitre (cette même recommandation) du recueil de ses réalisations.

Ceci est la situation comme formulée et décrite en juin 1982.

A cet instant y était question d'un document joint, se composant de deux parties :

- d'une partie principale, formant les pages 2 et 3, qui contient l'état des salaires et appointements proprement dit
- et
- d'une première page constituant l'entête de la compagnie et l'objet de l'état, tandis que la quatrième et dernière page comporte les directives et recommandations pour son établissement.

Lorsque des contraintes mécanographiques amenaient l'émetteur de l'état des salaires et appointements à en modifier le format et la présentation, il lui était demandé de respecter néanmoins l'ordonnance et le contenu des rubriques.

En raison de leur complexité, ces pages existaient uniquement sur papier.

(Et cette documentation n'est plus disponible aujourd'hui.)

Aujourd'hui

14.07.2014 – entre-temps (la période 1982 – 2014) la « Banque Carrefour Entreprises » a été conçue.

Dans ce cadre, l'application « Primula » a été développée et est utilisée par les assureurs des accidents de travail. Les décomptes en accidents de travail se font après la période de couverture, et sur base des informations « Primula » reçues.

Ici est question de la « Banque Carrefour Sécurité Sociale » et aussi de EVA-LEA :
« Electronische Verbinding Arbeidsongevallen » – « Liaison Electronique Accidents du Travail ».

Par cette voie, les assureurs obtiennent les informations nécessaires sur la masse salariale pour la période couverte, données d'une part détaillées et d'autre part anonymes, données ainsi permettant les calculs dans les classes tarifaires distinctes.

La réglementation sur la vie privée y joue son rôle.

Dans les accidents de travail les flux papier ont ainsi disparus et sont remplacés par ce « Primula ».

Pour les besoins d'autres assurances qu'accidents de travail, aussi tarifées avec décomptées sur base de la masse salariale périodique, les assureurs ont essayés d'obtenir une extension de ce « Primula » sous une dénomination « Galanthus ». Mais ce projet c'est heurté à la réglementation sur la vie privée.

Cette même réglementation sur la vie privée conditionne la communication aux intermédiaires des informations « Primula » ainsi obtenues par les assureurs.

RECOMMANDATION 17 AUX ASSUREURS INDICATION DE LA “REFERENCE DE L’INTERMEDIAIRE”

Historique

Recommandation originale

Dans la mesure où la référence de l'intermédiaire leur a été communiquée, par exemple par la proposition d'assurance, et afin de faciliter la tâche administrative de l'intermédiaire, il est recommandé aux assureurs d'indiquer cette référence sur les documents suivants :

- la police et les avenants;
- le bordereau comptant;
- le relevé de compte producteur;
- les transmissions informatiques.

Cette référence de 7 positions alphanumériques devrait trouver sa place à proximité du numéro de contrat.

Si les assureurs peuvent la mentionner sur le “relevé de compte producteur” et/ou sur le “bordereau des quittances terme”, cette référence se mettra à côté du nom du contractant ou en dessous.

14.07.2014 – Cette recommandation mérite d'être mieux élaborée.

La référence de l'intermédiaire peut identifier plusieurs choses : personnes / objets de risque / polices / sinistres / quittances.

A l'origine ceci semble avoir été limité aux seules personnes-preneurs d'assurances.

13.02.2015 – Le centre Telebib a confronté encore une fois le Groupe de Travail de Normalisation avec la situation comme décrite.

La seule réaction est de pointer vers la variable Telebib2 RFF+003 « Référence police du producteur / Referte polis tussenpersoon ».

En absence de spécifications supplémentaires, ce RFF+003 est de maximale 40 positions alphanumériques ; étant la définition générique des RFF (« segments de références »).

Ceci semble limiter la recommandation aux seules « références polices ».

Mais la définition de ce RFF+003 mentionne aussi le RFF+042 « Référence sinistre du producteur / Referte schadegeval tussenpersoon ». La lecture de la définition de ce RFF+042 semble élargir la recommandation dès lors jusqu'à ces « références sinistres ».

Dans le Telebib2 existe en plus un RFF+017 « Numéro du dossier / Dossiernummer » avec une définition indiquant le numéro-client du preneur d'assurance chez l'intermédiaire.

Et encore en plus, nous remarquons qu'en sein du Edifact existe un principe généralisé de « identifiants », et cela dans un format de maximale 17 positions alphanumériques. Ceci est l'argument principal pourquoi nous préconisons le choix de cette limite de « maximale 17 positions alphanumériques ».

Recommandation actuelle

Pour autant que la référence de l'intermédiaire leur est communiqué, et afin de faciliter la tâche administrative de l'intermédiaire, il est recommandé aux assureurs d'indiquer cette référence sur les documents et communications en résultants.

Cette référence de maximale 17 positions alphanumériques devrait trouver sa place à proximité de la référence correspondante de l'assureur.

RECOMMANDATION 18 AUX ASSUREURS MENTION SUR UN AVENANT DE LA RAISON DE SA CREATION
--

Il est recommandé de mentionner l'objet des avenants sous forme soit d'un titre, soit d'une conclusion.

Quelques exemples :

- modification de la prime;
- modification de capital;
- réduction de garantie;
- résiliation annuelle;
- changement de risque;
- changement de véhicule et de garanties;
- changement de véhicule sans modification des garanties, etc.

Cette recommandation appliquée, le lecteur de la pièce saisira aisément le motif de création de telle pièce.

Dans le Telebib2 sont prévus à ces fins les mentions par paliers :

- | | |
|--|--------------------|
| • Avenant pour annulation | (MCI M0104ANN) (*) |
| ○ avec comme raison ... (codification EW01) (**) | |
| • Avenant pour modification | (M0104MOD) |
| ○ avec comme raison ... (codification EW00) | |
| • Avenant pour suspension | (M0104SUS) |
| ○ avec comme raison ... (codification A311) | |
| • Avenant pour remise en vigueur | (M0104REM) |
| • Avenant pour résiliation | (M0104RES) |
| ○ avec comme raison ... (codification A705) | |
| • Avenant pour reconduction explicite | (M0104REX) |
| • Avenant pour transfert (de preneur A vers B) | (M0104TFT) |
| ○ avec comme raison ... (codification A095) | |
| • Avenant pour transfert des réserves | (M0104TFTR) |
| ○ avec comme raison ... (codification A095) | |

(*) MCI signifie Message Content Inventory et M0104ANN est l'identifiant du MCI en question.

(**) EW01 est l'identifiant de la codification (liste de valeurs) en question.

RECOMMANDATION 19 AUX ASSUREURS MOIS DE COMPTABILISATION DES PIECES

Historique

Afin de concilier au mieux le compte d'agence en sein de la comptabilité de l'assureur et le compte d'agence en sein de la comptabilité de l'intermédiaire, Assuralia recommande à ses membres d'indiquer sur les différents documents comptables (bordereau-comptant positif ou négatif, etc.), le mois de leur enregistrement sur ce relevé de compte d'agence, étant donc le mois pour lequel l'intermédiaire recevra ce relevé de compte d'agence.

Pour autant que possible nous considérons ceci comme une obligation, plus qu'une simple recommandation.

16.02.2015 :

Dans le Telebib2 nous utilisons le DTM+069 « Date de clôture de l'extrait de compte » (Date de clôture d'un extrait de compte.), et le DTM+005 « Date de comptabilisation » (Date à laquelle une transaction est inscrite dans la comptabilité.).

Nous constatons donc que le problème soulevé (il n'est pas toujours clair dans quelle période-mois une comptabilisation est à prévoir) a été pris en main et solutionné en sens inverse.

On ne demande pas à l'assureur d'explicitier la période-mois où le mouvement comptable sera présent (et donc dans le futur), mais bien d'explicitier la date de comptabilisation (au moment même).

On demande aussi à l'assureur de toujours expliciter sur l'extrait de compte (mensuel) la date de fin de traitement (« de clôture ») de cet extrait.

Imaginons à titre d'exemple la pièce avec la date de comptabilisation du (samedi) 31.01.2015 et l'extrait de compte (mensuel) 01.2015 arrêté au (y compris) (vendredi) 30.01.2015. La pièce avec la date de comptabilisation au 31.01.2015 sera dès lors repris sur l'extrait de compte de 02.2015.

Cet exemple est choisi afin d'éclaircir les choses. Il va de soi que si les extraits sont mensuels, ils vont de préférence jusqu'au y compris le dernier jour du mois. Dans le cas où l'assureur sait que la comptabilisation ne se fera plus en dedans ce dernier jour du mois, alors il la octroie de préférence une date ultérieure, par exemple le premier jour du mois suivant...

Sur ces bases il nous semble plausible de formuler la recommandation autrement.

Aujourd'hui

Afin de concilier au mieux le compte d'agence en sein de la comptabilité de l'assureur et le compte d'agence en sein de la comptabilité de l'intermédiaire, Assuralia recommande à ses membres :

- d'indiquer sur les différents documents comptables (bordereau-comptant positif ou négatif, etc.) la date de leur enregistrement sur ce compte d'agence ;
- et d'indiquer sur le relevé de compte d'agence la date de clôture, étant le dernier jour pour lequel les comptabilisations sont reprises dans cet extrait de compte.

RECOMMANDATION 20 AUX INTERMEDIAIRES ENCAISSEMENT PAR L'INTERMEDIAIRE D'UNE QUITTANCE PAYABLE A L'ASSUREUR
--

Soit (a) une quittance émise d'origine en encaissement par l'assureur ;
Soit (b) une quittance émise d'origine en encaissement par l'intermédiaire, mais ayant fait l'objet d'un renvoi à l'assureur (par BRB (*)) pour encaissement par cet assureur.

Procédures conseillées.

1. Pour (a) et (b) :
L'intermédiaire, qui s'est dessaisi de son mandat d'encaissement, vire immédiatement à l'assureur le montant total de la prime due (virement sur le compte en banque de cet assureur).

Cette procédure est la plus simple et permet aussi de définir avec certitude la date à prendre en considération pour déterminer si les effets d'un contrat ne sont pas suspendus pour non-paiement.

Pour faciliter et accélérer l'imputation de la recette chez l'assureur, il y a lieu de préciser les références:

- VCS (virement à encodage structuré)
- Ou bien les N° de la police, nom du preneur, date d'effet ou date d'échéance, et cela dans cet ordre.

2. Pour (b) seulement :
Lorsque l'intermédiaire et l'assureur sont connectés à un réseau de télécommunications, la procédure la plus simple est d'émettre une DRQ (**) par le biais de ce réseau.
La question et la réponse sont alors immédiates de sorte que la date de paiement est encore plus rapidement établie.

Une quittance ainsi renvoyée à l'intermédiaire ne sera plus jamais contre-passée.

Structure du message DRQ en format TELEBIB2 :

Veillez consulter le site-web du Telebib2 pour les versions les plus récentes et complètes des MCI et MIG.

(***)

(A ce jour ce sont les M0303 v1 et M0303_200801.)

(*) BRB : « Bordereau Retour / Retour Borderel ».

(**) DRQ : « Demande en Retour de Quittance (retournée) ».

ATK en néerlandais ; « Aanvraag Teruggave Kwijting ».

(***) MCI : Message Content Inventory et MIG : Message Implementation Guide.

Point complémentaire à documenter.

Quittance en encaissement par l'intermédiaire (a), en possession de cet intermédiaire (a) au moment de réception de l'avis de changement d'intermédiaire (b).

Scénario A

L'intermédiaire (a) procède son encaissement et finalement encaisse.

Scénario B

L'intermédiaire (a) procède son encaissement, mais retourne plus tard par BRB envers l'assureur.

Scénario C

L'intermédiaire (a) retourne immédiatement la quittance à l'assureur.

Dans les scénario A, B et C, l'initiative réside en mains de l'intermédiaire (a).

(Faux scénario D

On peut encore s'imaginer un scénario D, où l'assureur exige le retour des quittances impayées per l'intermédiaire (a). Mais même là ce n'est que cet intermédiaire (a) qui sait lesquelles des quittances sont impayées. L'initiative réside donc de facto toujours en mains de cet intermédiaire (a).)

RECOMMANDATION 21 AUX ASSUREURS BORDEREAU “COMPTANT” – Quittance au Comptant
--

Le mieux est de considérer la recommandation 05 « Bordereau des quittances à terme » et la recommandation 21 « Bordereau quittance au comptant » comme un ensemble. Ceci favorise la cohérence quant au traitement (comptable) des « avis d'échéance », qu'ils sortent de la gestion terme, ou qu'ils sortent de la gestion production « nouvelles affaires » ou « avenants ».

Le “Bordereau Quittance au Comptant” est un document purement comptable. Pour chaque quittance au comptant ce bordereau contient uniquement des données qui permettent de comptabiliser cette quittance au comptant sur le (relevé de) compte producteur de l'intermédiaire. Cette comptabilisation s'effectue toujours sur base d'un tel bordereau.

Il doit être évident que le “Bordereau Quittance au Comptant” ne peut pas être utilisé comme alternative à “L'avis d'échéance – Demande de paiement” (voir la recommandation 9).

Une modification dans la numérotation des différentes recommandations est à considérer ; on peut ainsi mieux grouper ces trois recommandations (en ce moment encore les 5, 21 et 9).

Si on veut permettre à l'intermédiaire de vérifier l'exactitude d'une comptabilisation d'un “Bordereau Quittance au Comptant” (voir recommandation 2 – codes opération 2 / 3 / 6 / 7) sur son compte producteur, l'envoi d'un “Bordereau Quittance au Comptant” est la seule façon de faire.

Une « Quittance au Comptant » concerne :

- une prime au comptant, à encaisser chez le preneur d'assurance,
- une prime au comptant, à rembourser au preneur d'assurance,
- une franchise consignée, à encaisser chez le preneur d'assurance,
- une franchise consignée, à rembourser au preneur d'assurance,
- un dédommagement en sinistre, à verser au preneur d'assurance (ou à une partie tierce),
- une franchise en sinistre, à se faire rembourser par le preneur d'assurance.

Un « Bordereau de Quittance au Comptant » peut en plus encore concerner :

- une commission en plus ou (rarement) en moins, en fonction d'une prime, à encaisser ou à rembourser, dans un contrat ayant été mandaté par un autre intermédiaire.

A) sur papier

INTRODUCTION :

La grande diversité du contenu des bordereaux “comptant” crée souvent des difficultés de lecture des informations.

Dans un souci d'harmonisation, Assuralia recommande à ses membres que ces documents contiennent un minimum d'éléments jugés indispensables.

La période de transition du BEF à l'Euro étant déjà longtemps passée, le Bordereau Comptant est mono-devisé en EUR, normalement la devise du contrat. Restent alors les soldes de la rubrique 9, qui exceptionnellement et accessoirement peuvent également être affichés convertis dans une autre monnaie.

Le titre du document mentionne obligatoirement la devise dans laquelle il est libellé, donc l'Euro.

Le format sera de 210mm de largeur et de minimum 99mm (1/3 de 297) de hauteur avec un maximum de 297mm. Ces dimensions sont celles du format A4.

A titre informatif, un exemple de « bordereau comptant » est mis en annexe.

INFORMATION DEVANT APPARAÎTRE :

1. Ecriture

- Nature de l'écriture, soit :
 - Prime au comptant
 - Remboursement de prime
 - Perception de franchise consignée
Ceci concerne l'encaissement d'un montant de franchise, réservé et bloqué chez l'assureur, étant plutôt rare. L'assureur doit, après la période de couverture, verser ce montant en retour au preneur d'assurance, ce qu'y ajoute encore une variante de plus
« Remboursement de franchise consignée »
- etc...
Il est préférable d'élaborer ce « etc... » plus explicitement et de mentionner toutes les possibilités.
On peut documenter de plus les quittances sinistres. Ce qui peut mener aux distinctions :
 - Quittances d'avance de fonds de dédommagement
 - Quittances en décompte final de dédommagement
 - Quittances pour encaissement de franchiseDans ce cas doit être ajouté la « dossier sinistre – référence ».
Dans ce cas doit être ajouté la « dossier sinistre – date accident ».
Dans ce cas il n'y a généralement pas question d'une « période de référence de l'opération », mais bien d'une « date de référence de l'opération ».
- Devise de l'écriture : et donc l'Euro.

2. Compagnie

- Numéro d'agrément FSMA de l'assureur (en grand)
- Nom de l'assureur

3. Producteur :

- Numéro d'agrément FSMA de l'intermédiaire
- Nom de l'intermédiaire
- Numéro du compte producteur chez l'assureur

4. Preneur d'assurance :

- Nom et Prénom / ou Raison Sociale
- Référence du preneur d'assurance chez l'assureur
- Référence du preneur d'assurance chez l'intermédiaire (*)
(*) Cette information n'est pas indispensable, mais néanmoins très souhaitable

5. Contrat :

- Numéro du contrat

6. Document :

- Date de confection du document
- Mois d'imputation comptable
- Numéro de quittance

7. Période de référence de l'opération

- Date de début de la période
- Date de fin de la période
(Période telle date de fin incluse, et donc ne pas la date de début de la période suivante.)

8. Branche et montants :

- Branche (libellé)
- Montant net
- Frais
- Impôts et cotisations légales
- « Total à payer » ou « total à rembourser » (montant et mention)
- Commission

9. Montants comptabilisés :

- Montant porté au débit + sa conversion dans l'autre devise
- Montant porté au crédit + sa conversion dans l'autre devise

La Sempiternelle
S.A. D'ASSURANCES
RUE DES ASSUREURS 23
1000 Bruxelles

Bordereau comptant - Prime au comptant

N° AGREMENT FSMA 123456

DATE DE CONFECTION : 1984-06-29
MOIS D'IMPUTATION : 1984-07

Tranquillité S.A.
RUE DES PRODUCTEURS 456
1000 Bruxelles

NOTRE PRENEUR D'ASSURANCE : ANDRE Laporte
NOTRE REFERENCE : 1234567
VOTRE REFERENCE : 1234568

NOTRE CONTRAT : 123456789012
NOTRE QUITTANCE : 123456789013
NOTRE COMPTE PRODUCTEUR : 12345

DEVISE DU CONTRAT : EUR

VOTRE N° AGREMENT FSMA : 123456

PERIODE : DU 1984-06-21 AU 1984-12-31

BRANCHE	MONTANT NET	FRAIS	IMPOTS ET COT. LEGALES	TOTAL A PAYER	COMMISSION
AUTO	10.000,00	50,00	2.400,00	12.450,00	2.000,00

NOUS PORTONS A VOTRE COMPTE LES MONTANTS REPRIS CI-DESSOUS :

DEBIT	CREDIT
12.450,00 EUR	--
--	2.000,00 EUR

La Sempiternelle
S.A. D'ASSURANCES
RUE DES ASSUREURS 23
1000 Bruxelles

Bordereau comptant - Prime au comptant

N° AGREMENT FSMA 123456

DATE DE CONFECTION : 1984-06-29
MOIS D'IMPUTATION : 1984-07

Tranquillité S.A.
RUE DES PRODUCTEURS 456
1000 Bruxelles

NOTRE PRENEUR D'ASSURANCE : ANDRE Laporte
NOTRE REFERENCE : 1234567
VOTRE REFERENCE : 1234568

NOTRE CONTRAT : 123456789012
NOTRE QUITTANCE : 123456789013
NOTRE COMPTE PRODUCTEUR : 12345

DEVISE DU CONTRAT : GBP

VOTRE N° AGREMENT FSMA : 123456

PERIODE : DU 1984-06-21 AU 1984-12-31

BRANCHE	MONTANT NET	FRAIS	IMPOTS ET COT. LEGALES	TOTAL A PAYER	COMMISSION
AUTO	8.333,33	41,67	2.000,00	10.375,00	1.666,67

NOUS PORTONS A VOTRE COMPTE LES MONTANTS REPRIS CI-DESSOUS :

DEBIT	CREDIT
12.450,00 EUR (10.675,00 GBP)	--
--	2.000,00 EUR (1.666,67 GBP)

La Sempiternelle
S.A. D'ASSURANCES
RUE DES ASSUREURS 23
1000 Bruxelles

Bordereau comptant – Remboursement Prime

N° AGREMENT FSMA 123456

DATE DE CONFECTION : 1984-06-29
MOIS D'IMPUTATION : 1984-07

Tranquillité S.A.
RUE DES PRODUCTEURS 456
1000 Bruxelles

NOTRE PRENEUR D'ASSURANCE : ANDRE Laporte
NOTRE REFERENCE : 1234567
VOTRE REFERENCE : 1234568

NOTRE CONTRAT : 123456789012
NOTRE QUITTANCE : 123456789013
NOTRE COMPTE PRODUCTEUR : 12345

DEVISE DU CONTRAT : EUR

VOTRE N° AGREMENT FSMA : 123456

PERIODE : DU 1984-06-21 AU 1984-12-31

BRANCHE	MONTANT NET	FRAIS	IMPOTS ET COT. LEGALES	TOTAL A PAYER	COMMISSION
AUTO	10.000,00	50,00	2.400,00	12.450,00	2.000,00

NOUS PORTONS A VOTRE COMPTE LES MONTANTS REPRIS CI-DESSOUS :

DEBIT	CREDIT
2.000,00 EUR	--
--	12.450,00 EUR

La Sempiternelle
S.A. D'ASSURANCES
RUE DES ASSUREURS 23
1000 Bruxelles

Bordereau comptant – Encaissement franchise
(consignée)

N° AGREMENT FSMA 123456

DATE DE CONFECTION : 1984-06-29
MOIS D'IMPUTATION : 1984-07

Tranquillité S.A.
RUE DES PRODUCTEURS 456
1000 Bruxelles

NOTRE PRENEUR D'ASSURANCE : ANDRE Laporte
NOTRE REFERENCE : 1234567
VOTRE REFERENCE : 1234568

NOTRE CONTRAT : 123456789012
NOTRE QUITTANCE : 123456789013
NOTRE COMPTE PRODUCTEUR : 12345

DEVISE DU CONTRAT : EUR

VOTRE N° AGREMENT FSMA : 123456

PERIODE : DU 1984-06-21 AU 1984-12-31

BRANCHE	MONTANT NET	FRAIS	IMPOTS ET COT. LEGALES	TOTAL A PAYER	COMMISSION
AUTO	10.000,00			10.000,00	

NOUS PORTONS A VOTRE COMPTE LES MONTANTS REPRIS CI-DESSOUS :

DEBIT	CREDIT
12.450,00 EUR	--

La Sempiternelle
S.A. D'ASSURANCES
RUE DES ASSUREURS 23
1000 Bruxelles

Bordereau comptant - Dédommagement

N° AGREMENT FSMA 123456

DATE DE CONFECTION : 1984-06-29
MOIS D'IMPUTATION : 1984-07

Tranquillité S.A.
RUE DES PRODUCTEURS 456
1000 Bruxelles

NOTRE PRENEUR D'ASSURANCE : ANDRE Laporte
NOTRE REFERENCE : 1234567
VOTRE REFERENCE : 1234568

NOTRE CONTRAT° : 123456789012
NOTRE DOSSIER SINISTRE : 123456789014
NOTRE QUITTANCE° : 123456789015
NOTRE COMPTE PRODUCTEUR : 12345

DEVISE DU CONTRAT : EUR

VOTRE N° AGREMENT FSMA : 123456

PERIODE : DU 1984-06-21 AU 1984-12-31

BRANCHE	FRANCHISE A PAYER	DEDOMMAGEMENT
AUTO	1.000,00	10.000,00

NOUS PORTONS A VOTRE COMPTE LES MONTANTS REPRIS CI-DESSOUS :

DEBIT	CREDIT
1.000,00 EUR	--
--	10.000,00 EUR

B) par télécommunication (TELEBIB2)

Structure

Pour une description complète de la structure de TELEBIB2, nous vous renvoyons aux informations à ce sujet, que vous trouvez sur le site-web du TELEBIB2.

C'est bien là que les informations les plus complètes ainsi que les plus récentes sont disponibles, alors qu'ici nous nous contentons d'une description sommaire de l'élémentaire.

Un échange se compose d'un fichier texte avec un texte continu.

Dans la description ci-dessous, les différents éléments sont présentés sur plusieurs lignes. Néanmoins, toutes ces données doivent apparaître à la suite les unes des autres, sans espaces ni "hard returns" (retour à la ligne).

Chaque partie du message comprend :

- Un identificateur de segment ou rubrique : 3 lettres

- Un signe "+"

- Un ou plusieurs identificateur(s), séparé(s) par des signes "+"

- Un ou plusieurs contenu(s), éventuellement séparé(s) par des signes ":",

- Un signe "'" (apostrophe) indiquant la fin d'un élément et permettant éventuellement de terminer un segment prématurément.

Dans les exemples ci-dessous, tous ces signes doivent être repris tels quels.

Cadre

Le bordereau des quittances termes, et par extension le bordereau de quittance comptant, est un avis standard conçu à l'origine par la CMP (Commission Mixte pour la Productivité) dans la période 1997-1998, et reposant sur la structure fournie dans le TELEBIB2. Aujourd'hui ceci ressort du CMS (Commission Mixte de Suivi).

Le bordereau a pour code message le 0702.

En général sont envoyés par compte producteur et pour les quittances termes, deux bordereaux par mois ; un par code d'encaissement.

Pour les quittances au comptant, des bordereaux individuels sont envoyés.

Anomalie

En sein des userclubs Portima on s'est écarté de cette norme, et aujourd'hui, de fait, nous nous trouvons toujours dans cette situation divergente. Le message-bordereau 0702 (*) n'est pas implémenté, et est remplacé par l'utilisation du message-avis-d'échéance 0304 (**) lequel véhicule et donc communique en même temps les informations du bordereau et de l'avis d'échéance.

(*) 0702 : dans le jargon Edifact on parle du CURRAC (Current Account) comme base du message-bordereau.

(**) 0304 : et on y parle du PRENOT (Premium Notification) comme base du message-avis-d'échéance.

Nous sommes d'avis que les avantages de par ce choix ne contrebalancent pas les désavantages, du moins pas à plus long terme ; c'est pourquoi nous tenons à continuer la publication et la documentation de ce message 0702.

Un argument fortement pro l'utilisation du message 0702 est l'harmonie meilleure avec ce qui se passe sur le papier. Du fait qu'il y a un flux papier pour les avis d'échéance d'une part et d'autre part pour les bordereaux, il est mieux d'avoir des flux semblables en informatique. La chaîne informatique délivrant l'un (le papier), peut aussi délivrer l'autre (edifact ou autre), au même moment, en sein du même maillon de la chaîne informatique. Du point de vue organisationnel et de processus ceci est et reste alors un ensemble plus cohérent.

Structure du bordereau

(A nouveau : consultez pour ceci le site-web. A ce jour y est disponible le MCI M0702, bien sans que son MIG ait été élaboré. L'explication de telle situation est décrite ci-dessus.)

	XEH+07+1+0702'	
Mois de comptabilisation	DTM+005:mois de comptabilisation:005'	(1)
Date d'émission bordereau	DTM+010:date d'émission:001'	(6)
GUID du message	RFF+084:GUID'	
Code d'encaissement	ATT+A600+code d'encaissement'	(2)
Code de devise	ATT+A660+EUR'	(3)
Montant débit	MOA+087:montant débit:EUR:2'	(4) (13)
Montant crédit	MOA+088:montant crédit:EUR:2'	(4) (13)
Nombre de documents annexes	QTY+134:1'	
	XRH+1'	
Numéro producteur, code siège	PTY+002+n°_FSMA:006 + n°_agent_auprès_de_la_cie:002 +code_carte_échange:007 +code_siège'	(8)
	XRT+1'	
	XRH+1'	
N° FSMA de l'assureur, code siège	PTY+006+n°_FSMA:006 +n°_agent_auprès_de_la_cie:002 +code_carte_échange:007 +code_siège'	(9)
	XRT+1'	

Suivant le type de quittance dans le bordereau

	XRH+1'	
Cas prime au comptant	LIN+002'	(11)
Indice devise convertie	GIS+B305+code'	(5)
Indication Branche	IPD+A500+code'	
Echéance	DTM+004:date_d'échéance:001'	(6)
Date début période	DTM+041:date_début_période:001'	(6)
Date fin période	DTM+022:date_fin_période:001'	(6)
Numéro de police	RFF+001:numéro_de_police'	
Numéro de quittance	RFF+027:numéro_de_quittance'	
Code monnaie du contrat	ATT+A660+xxx'	(3)
Type comptant à encaisser	ATT+B001+2'	(12)
Indice quittance précédente impayée	BIN+B055+code'	(7)
Montant net en monnaie xxx	MOA+013:montant:xxx:2'	(10)
Montant frais en xxx	MOA+017:montant:xxx:2'	(10)
Montant taxes et cotisations en xxx	MOA+016:montant:xxx:2'	(10)
Montant total à payer	MOA+012:montant:xxx:2'	(10)
Montant Commission en xxx	MOA+015:montant:xxx:2'	(10) (13)
Montant Franchise en xxx	MOA+033:montant:xxx:2'	(10) (14)
Montant débit en xxx	MOA+087:montant_débit:xxx:2'	(10)
Montant crédit en xxx	MOA+088:montant_crédit:xxx:2'	(10) (13)
	XRH+2'	
Preneur d'assurance, réf. assureur	PTY+003+référence_à_la_cie:002	
Preneur d'assurance, réf. Intermédiaire	+référence_chez_le_producteur:003'	
Preneur d'assurance, Nom et Prénom	NME+001+nom:prénom'	
	XRT+2'	
	XRT+1'	

Suivant le type de quittance dans le bordereau

	XRH+1'	
Cas remboursement prime au comptant		
	LIN+003'	(11)
Indice devise convertie	GIS+B305+code'	(5)

Indication Branche	IPD+A500+code'	
Echéance	DTM+004:date_d'échéance:001'	(6)
Date début période	DTM+041:date_début_période:001'	(6)
Date fin période	DTM+022:date_fin_période:001'	(6)
Numéro de police	RFF+001:numéro_de_police'	
Numéro de quittance	RFF+027:numéro_de_quittance'	
Code monnaie du contrat	ATT+A660+xxx'	(3)
Type comptant à encaisser	ATT+B001+3'	(12)
Indice quittance précédente impayée	BIN+B055+code'	(7)
Montant net en monnaie xxx	MOA+013:montant:xxx:2'	(10)
Montant frais en xxx	MOA+017:montant:xxx:2'	(10)
Montant taxes et cotisations en xxx	MOA+016:montant:xxx:2'	(10)
Montant total à payer	MOA+012:montant:xxx:2'	(10)
Montant Commission en xxx	MOA+015:montant:xxx:2'	(10) (13)
Montant Franchise en xxx	MOA+033:montant:xxx:2'	(10) (14)
Montant débit en xxx	MOA+087:montant_débit:xxx:2'	(10)
Montant crédit en xxx	MOA+088:montant_crédit:xxx:2'	(10) (13)
	XRH+2'	
Preneur d'assurance, réf. assureur	PTY+003+référence_à_la_cie:002	
Preneur d'assurance, réf. Intermédiaire	+référence_chez_le_producteur:003'	
Preneur d'assurance, Nom et Prénom	NME+001+nom:prénom'	
	XRT+2'	
	XRT+1'	

Suivant le type de quittance dans le bordereau

XRH+1'

Cas dédommagement sinistre

	LIN+007'	(11)
Indice devise convertie	GIS+B305+code'	(5)
Indication Branche	IPD+A500+code'	
Echéance	DTM+004:date_d'échéance:001'	(6)
Date début période	DTM+041:date_début_période:001'	(6)
Date fin période	DTM+022:date_fin_période:001'	(6)
Numéro de police	RFF+001:numéro_de_police'	
Numéro de dossier sinistre	RFF+029:numéro_de_sinistre'	
Numéro de quittance	RFF+027:numéro_de_quittance'	
Code monnaie du contrat	ATT+A660+xxx'	(3)
Type quittance sinistre à verser	ATT+B001+7'	(12)
Montant franchise en xxx	MOA+033:montant:xxx:2'	(10)
Montant sinistre en xxx	MOA+006:montant:xxx:2'	(10)
Montant débit en xxx	MOA+087:montant_débit:xxx:2'	(10)
Montant crédit en xxx	MOA+088:montant_crédit:xxx:2'	(10)
	XRH+2'	
Preneur d'assurance, réf. assureur	PTY+003+référence_à_la_cie:002	
Preneur d'assurance, réf. Intermédiaire	+référence_chez_le_producteur:003'	
Preneur d'assurance, Nom et Prénom	NME+001+nom:prénom'	
	XRT+2'	
	XRT+1'	
	XET+07'	

(1) format MMSSAA

(2) 3=compagnie, 4=producteur

(3) EUR

(4) exprimé en euro-cent

(5) si la devise du contrat et donc de la quittance au comptant est autre que l'Euro du bordereau, alors le code=1, autrement code=2 ou ne pas utiliser le segment GIS+B305 ; GIS+B305+2 « non » est donc la valeur par défaut.

(6) format JJMMSSAA

(7) 1 = une quittance précédente est impayée, 2 = toutes les quittances précédentes sont payées

(en remplacement de l'utilisation de la valeur 2, le segment BIN+B055 peut être omis)

(8) Le code d'échange tel qu'utilisé dans l'échange80 pour identifier un intermédiaire-producteur peut être utilisé toujours, indépendamment du code pour identifier le siège de ce producteur.

(9) Le code d'échange tel qu'utilisé dans l'échange80 pour identifier un assureur peut être utilisé toujours, indépendamment du code pour identifier le siège de cet assureur.

(10) exprimé dans cette monnaie avec deux décimales ou « centimes ».

(11) LIN+002 Comptant / LIN+003 Remboursement de prime / 007 Sinistre

(12) ATT+B001+2 Comptant / ...+3 Remboursement / ...+4 Indemnité /

(13) Dans certains cas (rares) la commission peut être négative, notamment quand le comptant à encaisser ou à rembourser est le résultat d'un prorata en plus ou un prorata en moins où le résultat pour la prime est autre que celui pour la commission.

Exemple :

Prorata prime payable	+120	commission	+12
Prorata remboursement prime	-100	commission	-20
Combiné, prime	=+20	commission	=-8

(14) Dans les LIN+002 et LIN+003 nous retrouvons soit une prime, soit une franchise consignée, jamais la combinaison des deux.

RECOMMANDATION 22 AUX ASSUREURS REPRODUCTION IDENTIQUE DU NUMERO DE POLICE ET DU NUMERO DE SINISTRE SUR TOUS LES DOCUMENTS EMIS PAR L'ASSUREUR

I. LE PROBLEME.

L'introduction de moyens informatiques chez l'intermédiaire a mis en évidence la nécessité de reproduire de façon strictement identique les numéros de police et de sinistre sur tous les documents et enregistrements transmis par l'assureur.

En effet, à titre d'exemple, il est très souvent constaté que sous la rubrique "numéro de police" des conditions particulières des contrats, des assureurs mentionnent un indicatif formé du numéro de police auquel est accolé un préfixe ou un suffixe administratif qui n'est plus repris au cours de la gestion ultérieure du dossier (quittancement, extrait de compte producteur, relevé de portefeuille, message télécommunication etc.). Si l'intermédiaire enregistre tel quel cet indicatif dans ses fichiers, le recouplement automatique n'est donc pas permis; une épuration préalable de l'indicatif est difficile, car les assureurs adoptent des structures différentes.

II. LA SOLUTION

1. Les numéros de police et de sinistre sont l'identification unique qui sera répétée à l'occasion de tout acte futur de gestion.
2. Ils devront être reproduits de façon strictement identique dans tous les documents et enregistrements transmis par l'assureur.
3. Ils seront mis en évidence dans un cadre spécifique figurant sur chaque document.
4. Dans ce cadre, l'alignement se fera par la droite et comportera toujours le même nombre de caractères en excluant les caractères spéciaux tels que par exemple: / , . _ - etc...
5. Les suffixes ou préfixes dont question au point I ci-dessus doivent être contenus sous des rubriques spécifiques.
6. Conformément aux spécifications du TELEBIB2, le numéro de police ou de sinistre comportera toujours exactement 12 caractères qui seront exclusivement des lettres et/ou des chiffres.
7. Sur les documents papier, le numéro sera toujours précédé du numéro d'agrément de la compagnie auprès du FSMA et suivi d'un nombre de contrôle ("check-digit": voir recommandation 29) calculé sur l'ensemble formé par le numéro FSMA et le numéro de police ou de sinistre.
Lors d'échanges électroniques le numéro FSMA sera repris dans une rubrique séparée et le nombre de contrôle ne sera pas repris puisqu'il n'a alors pas de raison d'être.
(10.07.2014 : Aujourd'hui on désire communiquer dans certains cas ce nombre de contrôle. Cette dernière proposition n'est donc pas absolue.)
8. Pour la facilité de lecture, les 12 positions du numéro de police ou de sinistre apparaîtront sous forme de blocs de 4 caractères, séparés par une espace, et ceci aussi bien sur le papier que dans les écrans. Le n° de la compagnie, le n° de la référence et le check-digit seront séparés par un trait.
Exemples:
123456-1234 5678 9012-29 = chez l'assureur 123456 le contrat 123456789012 et le chiffre de contrôle 29
14-0012 3456 7890-23 = chez l'assureur 14 le contrat 1234567890 et le chiffre de contrôle 23

Remarque complémentaire

Il y a risque de confusion des langues autour des références possibles en gestion sinistres :

- (a) Un événement causant dommages (une catastrophe) peut recevoir une référence spécifique, et multiples dossiers-sinistres individuels peuvent y référer. Ce genre de choses peut être pertinent dans un contexte de réassurances.
- (b) Un dossier-sinistre peut avoir à sa base un assuré (responsable) et englober plusieurs sinistrés/lésés.
- (c) Un dossier-sinistre peut avoir à sa base un lésé-cherchant-dédommagement, celui qui sollicite les garanties du contrat.

Une simple règle pratique peut être que la seule déclaration de sinistre par l'une ou l'autre partie engendre une référence-dossier-sinistre spécifique.

(a) est relativement facilement distinguable des (b) et (c).

La distinction entre (b) et (c) est régulièrement moins facilement faisable.

Information complémentaire

Au niveau des “United Nations Directories for Electronic Data Interchange for Administration, Commerce and Transport” (UN/EDIFACT) est pratiquée une liste de valeurs 3055 “code list responsible agency code”.

Dans cette liste se trouvent entre autres les valeurs suivantes :

- ...
- | | |
|-----|--|
| 15 | RINET (Reinsurance and Insurance Network) / Reinsurance and Insurance Network |
| 16 | US, D&B (Dun & Bradstreet Corporation) / Identifies the Dun & Bradstreet Corporation, United States. |
| 17 | S.W.I.F.T. / Society for Worldwide Interbank Financial Telecommunications s.c. |
| 128 | BE, Belgian Bankers' Association / Belgian Bankers' Association |
| 218 | GB, The Association of British Insurers / An association that administers code lists on behalf of the UK insurance community |
| 219 | FR, d'Arva / Value added network administering insurance code lists on behalf of the French insurance community |
| 262 | DE, GDV (Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V.) / Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (German Insurance Association). |
| 395 | BE, TELEBIB Centre / The TELEBIB Centre is the Belgian association of Insurance Companies, Brokers and Software Suppliers responsible for the development of standards for use by the insurance industry |
| 396 | BE, BNB / The Belgian National Bank, which delivers identifiers for, amongst others, Insurers and Re-insurers |
| 397 | BE, FSMA / The Belgian Financial Services Market Authority, which delivers identifiers for, amongst others, Intermediaries in insurance business |
- ...

Pensant à une identification univoque des dossiers-polices et des dossiers-sinistres sur un plan international, la pratique suivante peut être choisie :

Numéro de contrat d'assurance 397-000014-123456789012-72 étant :

FSMA-Assureur-Contrat-Modulo

Remarque faite le 19.02.2015:

Le LEI “Legal Entity Identifier”, est en ce moment une initiative à échelle mondiale, et dans sa phase de démarrage ; nous considérons l'approche comme citée ci-dessus, valable dans ce contexte.

RECOMMANDATION 26 AUX ASSUREURS CONDITIONS PARTICULIERES

Directives d'uniformisation

Introduction

Les directives suivantes donnent une indication d'une éventuelle uniformisation des "Conditions particulières".

La mise en page et la présentation ne sont pas traitées dans le détail; par contre le contenu, la terminologie et l'ordre le sont.

Bien que cette directive considérée dans son ensemble ne soit pas impérative, il convient d'opérer une distinction entre les items qui *doivent* être repris absolument tels quels et ceux qui sont *recommandés*. Pour cette raison, le mot "*devoir*" sera souvent utilisé. Il convient de l'interpréter comme suit : "Si vous décidez de suivre la directive, aucun écart n'est possible pour cet item".

Rubriques

Nous distinguons les rubriques suivantes qui *doivent* être reprises dans l'ordre décrit ci-dessous :

1. identification de l'assureur et du produit;
2. identification du contrat (à reprendre sous forme abrégée en haut de chaque page);
3. motif de l'établissement de l'avenant;
4. identification des parties :
 - preneur d'assurance,
 - assureur,
 - intermédiaire (courtier ou agent);
5. données spécifiques du contrat :
 - dates de prise de cours et d'expiration du contrat, reconduction,
 - identification de l'objet assuré (bien ou personne),
 - garanties, risques assurés,
 - capitaux, plafonds de garantie, franchises;
6. données contractuelles :
 - identification des conditions générales d'application,
 - clauses spéciales d'application,
7. la prime :
 - éléments de calcul de la prime,
 - données de calcul du prorata de prime se rapportant à la police ou à l'avenant;
8. signatures.

Rubrique 1 : identification de l'assureur et du produit

Par cette rubrique, on entend :

- l'indication de l'assureur, de son logo et du nom du produit, *éventuellement* sur la couverture du document;
- rappel de ces données en haut de la première page.

Ces données *peuvent* être mentionnées en majuscules, en couleurs, pré-imprimées etc. Pour tous les autres éléments, il convient d'éviter autant que possible l'utilisation de symboles, de logos non uniformisés.

Rubrique 2 : identification du contrat d'assurance

Cette rubrique comprend : (*minimum*)

- le numéro de police,
- le preneur d'assurance (nom et numéro – voir la remarque sous le rubrique 4 ci-dessous),
- le numéro de l'avenant,
- la date d'émission de l'avenant,
- la numérotation des pages.

Ces données sont rappelées en haut de chaque page.

Si la raison sociale de l'assureur n'est pas mise en évidence sur chaque page (logo etc.), on *doit* la mentionner en regard du numéro de police.

Rubrique 3 : motif de l'établissement de l'avenant

Cette donnée *doit* apparaître soit comme titre de la première page, soit avec les mentions de la rubrique 2, en haut de la première page.

(Avenant n° ... du .../.../... - Modification capitaux assurés)

Rubrique 4 : identification des parties

Il y a lieu de faire apparaître clairement les deux parties contractantes (le preneur et la compagnie), et de faire apparaître l'intermédiaire éventuel.

Pour l'assureur, il *faut* faire figurer le numéro FSMA.

Il est préférable de ne pas mentionner le nom du gestionnaire ni les numéros de téléphone de lignes intérieures.

(Ces informations peuvent toutefois être mentionnées sur les lettres d'accompagnement. En tout cas il est mieux de renseigner le service gestionnaire et non l'individu.)

Pour l'intermédiaire, il *faut* renseigner le numéro FSMA.

Pour l'intermédiaire, il *faut* renseigner le numéro du compte producteur.

Pour le preneur d'assurance (le client), en plus des nom et adresse, on peut *éventuellement* indiquer le lieu et la date de naissance pour les personnes physiques. Pour les personnes morales il *faut* renseigner le numéro d'entreprise, et si pertinent *peut* être renseigné en plus le numéro de l'unité d'établissement. Pour le preneur d'assurance (le client) *éventuellement* renseigner le numéro de client.

1^{ière} remarque :

Dans quasiment tous les secteurs commerciaux il est habituel d'octroyer le client d'un numéro de client, sauf apparemment chez les assureurs ; nous n'avons certainement pas l'habitude d'échanger cette donnée. Un tel numéro de client identifie souvent le compte-client-individuel dans la comptabilité de l'assureur ; un des comptes « 40... comptes courants clients » de notre plan comptable normalisé et habituel.

L'élaboration des systèmes CRM (customer relations management) est une affaire couteuse. Ne pas utiliser cette première donnée élémentaire en CRM ne le rend que plus couteux encore.

2^{ème} remarque :

L'ensemble [numéro FSMA de l'assureur] + [numéro client chez cet assureur] identifie le client de manière univoque.

L'ensemble [numéro FSMA de l'intermédiaire] + [numéro client chez cet intermédiaire] identifie le client de manière univoque.

Rassembler ces informations, les gérer et les communiquer a tout son sens et utilité, surtout en absence de l'autorisation d'utiliser à grande échelle les numéro du registre national des personnes physiques.

Rubrique 5 : données spécifiques du contrat

On trouve dans cette rubrique :

- Les dates d'effet et d'expiration du contrat ainsi que les données concernant les éventuelles reconductions tacites.
- La date (et l'heure) à laquelle prend cours la couverture selon le nouvel avenant.
- La description du ou des objets de risque assurés (personne, bien, activité...).
- Par objet de risque, l'énumération des garanties, des sous-garanties.
- Par garantie et/ou par sous-garantie, les dates de début et de fin de la garantie, les montants assurés, les plafonds de garantie, les franchises.

En regard de toutes les composantes indexées, le type d'index, l'année de base et l'indice de base doivent être mentionnés.

Puisque ces données diffèrent considérablement d'une branche à l'autre, il est conseillé de laisser le soin de la mise en page de ces rubriques aux techniciens de chaque branche.

Mais en même temps il est conseillé de veiller en permanence à une uniformité maximale.

Rubrique 6 : données contractuelles

- Afin de bien montrer qu'un contrat d'assurances est un ensemble de conditions particulières et générales, il *faut* retrouver une mention dans les conditions particulières précisant la/les référence(s) des conditions générales d'application.
- En plus, dans les conditions particulières, on trouvera souvent une liste de clauses qui ne sont pas générales mais qui ont été choisies parmi des clauses uniformes.
Si ces dernières n'ont pas été reproduites intégralement, mais jointes en annexe (sous l'une ou l'autre référence de conditions générales), il *faut* les indiquer moyennant leur référence de conditions générales et là-dedans leur numéro, et moyennant un bref titre descriptif.
- Enfin, suivent éventuellement des dispositions spécifiques rédigées textuellement, dans leur intégralité.

La recommandation 33 à sujet des références normalisées des conditions générales *doit* être respectée.

Rubrique 7 : la prime

Le mode de calcul de la prime *doit* apparaître clairement.

C'est-à-dire, chaque fois par objet de risque, par garantie et/ou par sous-garantie, la prime de base et l'indice éventuel s'y rapportant. Le tout *cohérent en fonction de* la structuration de la rubrique 5 ci-dessus. Il est préférable de ne pas indiquer les données concernant les charges et les coûts à moins que l'on y ajoute la mention "actuellement xx,xx %"

Le prorata de prime au comptant *doit* également figurer dans cette rubrique. Les détails concernant son calcul *doivent* être repris, éventuellement sur une page distincte.

Rubrique 8 : signatures

Il convient de laisser suffisamment de place pour permettre au client et à l'assureur de signer.

Le client signe à gauche, l'assureur à droite.

RECOMMANDATION 27

EFFICACITE DE LA COMMUNICATION, ENTRE LES CANAUX DE DISTRIBUTION ET LES ASSUREURS, ET RECIPROQUEMENT.

Dans la version de juin 1999 était encore mentionné « efficacité de la communication entre courtiers et compagnies ». Aujourd'hui, en 2014, nous prétendons que les principes élaborés ici ne doivent pas être limités à ces deux acteurs. Ces principes valent pour toute ligne de communication.

A notre époque, une bonne communication est une condition indispensable pour la réussite dans le monde des affaires. Un des problèmes à résoudre est que nous disposons d'énormément de moyens de communication très facile à utiliser: il ne faut pas les utiliser à tort et à travers.

Une communication est efficace lorsque:

1. elle a le bon contenu;
2. elle vise le bon groupe de personnes et contient la référence correcte du dossier (n° de police, n° de sinistre);
3. elle se fait par le bon media;
4. elle est opportune et se fait au bon moment.

1. Contenu

Le message envoyé doit être facile à traiter par le destinataire si on veut réunir le maximum de chances qu'il soit correctement traité.

Un tel message doit reprendre:

- ⇒ toutes les informations utiles;
- ⇒ rien que les informations utiles;
- ⇒ les informations sous la forme (ordre, emplacement, codification, etc...) qui correspond à ce que le destinataire aura le plus facile à traiter.

Il est important qu'un message ait un contenu bien déterminé. Il ne faut pas mélanger dans un seul document une déclaration de sinistre et une demande d'avenant à un contrat: ces deux opérations seront traitées selon des procédures tout-à-fait distinctes.

Cela ne doit pas empêcher de regrouper différents documents dans un même envoi afin de réduire les frais de port.

Mais le destinataire doit pouvoir faire suivre la procédure correcte à chaque message, dès réception. Ceci afin de réduire les délais de traitement et les risques de perte.

S'il existe un canevas-type pour un message (formulaire, message électronique structuré, etc...) il est toujours préférable d'utiliser ce canevas: l'émetteur donnera plus facilement l'information utile et non l'information superflue, et le destinataire recevra celle-ci sous une forme connue et plus aisée à traiter. Si des informations complémentaires doivent être fournies il faut veiller à ce que celles-ci constituent un ensemble avec l'information de base de façon à ce que ces informations soient traitées simultanément. N'ajoutez que les informations complémentaires réellement nécessaires.

Si le contenu du message est essentiellement technique, il est préférable d'éviter les commentaires superflus ("avec nos meilleures salutations") ou redondant (explication littérale d'une information codée par ailleurs).

2. L'adressage

L'organisation interne est fort variable d'une entreprise à l'autre: certaines sont structurées en fonction des sujets traités (vie, auto, incendie / contrats, sinistres), d'autres en fonction de la clientèle (particuliers / entreprises), ou encore en fonction de critères régionaux. De plus, ces organisations changent avec le temps.

L'expéditeur doit prendre en compte deux éléments qui sont essentiels pour le bon dispatching chez le destinataire:

⇒ Le sujet traité, en se référant aux codes et libellés TELEBIB2:

1. du classement en branches (1 Vie, 5 Auto,...) et éventuellement sous-branches
(Voir dans Telebib2 la codification A500 « Branche ». Les sous-branches n'ont pas de codification sectorielle, mais y existe bien un code-identifiant A501 « Sous-Branche » initialement prévu à la représentation d'une codification propre à l'assureur.)
2. du sujet (A. général/police, B. comptabilité, C. sinistres,...)
(Dans le Telebib2 non-syntaxique ceci n'est pas explicitement codifié. Dans le Telebib2 Edifact c'est la codification X910 « Exchange unit type », et dans le « Modèle de données » du Telebib2 ce sont les « messages » distincts.)

En outre, on pourra utilement reprendre le type de clientèle visée (particuliers/entreprises) et la province concernée (critères régionaux).
(Voir dans Telebib2 la codification A506 « Type de clientèle ».)

⇒ Les références du destinataire dès qu'elles sont connues.

L'inscription d'un n° de police, n° de sinistre permet de faire immédiatement le **lien** avec une police ou un dossier sinistre.

(Voir dans le « Modèle de données » du Telebib2 entre autres les :

Contract.ContractIdentifier,
Contract-ContractAsIntermediated.BrokerPolicyIdentifier,
Claim.ClaimIdentifier,
Claim.ClaimAsIntermediated.BrokerClaimIdentifier,

...

)

Ainsi on réduit le processus de traitement interne du message vers le destinataire et en augmente son utilité.

Les seuls cas où on peut reprendre en outre et utilement le nom d'une personne en destinataire, c'est lorsque le message répond ou fait suite immédiatement à une communication venant du destinataire, ou que le sujet traité fait l'objet d'une gestion tout-à-fait personnalisée.

On part donc du présumé que la référence du dossier police et/ou la référence du dossier sinistre suffisent à la partie recevant pour savoir router le message en interne vers le bon service et/ou groupe de personnes et/ou personne.

3. Media utilisé

Afin d'éviter les doubles emplois, il est important de choisir immédiatement le bon moyen de communication. Il est inutile de téléphoner quand on sait qu'on va devoir confirmer par écrit.

Inversement, pourquoi écrire alors qu'on sait qu'on va devoir dialoguer avec une personne (par exemple lors de questions sur un sujet vague ou mal connu).

Bien entendu, il existe des cas plus nuancés. Ainsi, il peut être efficace de téléphoner à un assureur suite à la survenance d'un sinistre, et ceci pour avoir immédiatement la désignation d'un expert. On en profitera pour demander une référence à indiquer sur la déclaration écrite de sinistre afin que celle-ci arrive au bon endroit avec un minimum de traitements.

Par contre, pourquoi essayer à de nombreuses reprises de contacter un correspondant par téléphone alors qu'on peut rapidement lui envoyer un petit message par messagerie électronique?

Le tableau ci-après propose un résumé des différents critères qui permettent de choisir entre les médias les plus répandus. La version de 1999 est maintenant adaptée à la situation de 2014.
(Dans un contexte de « unified communications » on pourrait encore y ajouter les messages SMS et autres outils sur smartphones. Nous n'y procédons pas encore. Nous nous contentons d'ajouter à la fin de ce point 3 un point sur les fichiers en format « pdf ».)

moyen ⇒	AS/Web Message Structuré	AS/Web Mess. libre e-mail	Internet e-mail	FAX	BDE	Courrier habituel	Courrier recomman dé	Télé- phone
critère ↓								
Accusé de réception	O	voir tableau 1	voir tableau 1	N	N	N	O	N
Date et heure certaine	O	O	O	+/-	N	N	O	N
Images possibles	O	O	O	O	O	O	O	N
Adressage automatique	O	O	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Traitement automatique	O	N	N	N	N	N	N	N
Vitesse du moyen	rapide	rapide	rapide	rapide	moins lent	lent	lent	très rapide
Processus interne	rapide	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	n/a
Dialogue possible	N	N	N	N	N	N	N	O
Diffusion	N	N	O	O	N	O	O	O
Sécurité (voir Tableau 1)								n/a

+/- : parfois rapide mais parfois lent

Tableau 1. : Sécurité (transmission garantie des messages)

	AS/Web E-Mail A l'intérieur de la communauté AS/Web	AS/Web E-Mail A l'extérieur de la communauté AS/Web	INTERNET E-Mail
Possibilité d'accusé de réception	O (selon une recommandation de la CMP) voir **	N	+/-
Possibilité d'accusé de lecture	N	N	+/-
Enregistrement des messages	O (réduit)	N	N
Cryptage (*)	O	N	+/-

+/- :
Dépend des possibilités du logiciel local de courrier (exemple MS Outlook).
L'expéditeur doit le demander.
Dépend du moteur d'adressage (provider) du destinataire.

* : pour les messages libres, avant l'année 2000

** :
L'accusé de réception est géré par l'**expéditeur**.
Nonobstant le fait que c'est l'expéditeur d'un message qui demande l'accusé de réception, c'est le 'server' du destinataire qui envoie l'accusé de réception.
Au niveau du 'server' du destinataire, il peut être décidé d'honorer ou non la demande d'accusé de réception.
La CMP peut recommander aux compagnies du réseau AS/Web de répondre systématiquement de façon positive à une demande d'accusé de réception.

Remarques :

- (1) Si un dialogue direct s'avère nécessaire, un tel sujet ne peut être traité que par **téléphone**.
- (2) Si le message peut être transmis sous une forme structurée, on utilisera de préférence le **AS/Web structurée**.
- (3) Si le message ne peut pas (ou pas entièrement) être transmis sous une forme structurée à cause de commentaires ou d'illustrations qui doivent l'accompagner, on utilisera de préférence le réseau **AS/Web Mail**. Comme second choix, on peut utiliser le FAX (éventuellement le Internet e-mail).
- (4) Si un accusé de réception est nécessaire et si on ne peut utiliser ni AS/Web sous forme structurée ni AS/Web mail (messages libres), l'**envoi recommandé** reste l'unique possibilité. Si l'accusé de réception revêt une moindre importance, on utilisera le **FAX** comme second choix.
- (5) Si l'on doit envoyer du courrier et que le courtier est affilié au réseau BDE, l'utilisation de **BDE** est particulièrement recommandée.

Eclaircissement des critères

Réception correcte:

L'expéditeur peut avoir la certitude que le destinataire a bien reçu son envoi; il pourra, le cas échéant, en apporter la preuve à un tiers en cas de litige.

Par courrier recommandé, l'accusé de réception est manuscrit.

Via un message structuré AS/Web, il apparaît à l'écran.

Via un message libre AS/Web, l'expéditeur peut le demander lors de l'envoi (voir le tableau 1. Sécurité).

Date certaine:

La transmission du message s'accompagne de l'indication de la date et de l'heure de transmission. A noter que dans le cas du fax, cette indication n'a lieu que si la transmission s'est bien déroulée dans le chef du destinataire d'une part, et si l'émetteur a un appareil permettant de tenir un "journal des transmissions" d'autre part.

Processus de traitement interne : la chance que le message puisse directement arriver auprès du destinataire.

Notons qu'en général le fax sera imprimé chez le destinataire et que, dans le cas de grandes entreprises, son cheminement jusqu'au destinataire final prendra encore un certain temps (quelques heures ouvrables).

Dans le cas de l'utilisation du réseau AS/Web ou Internet, si le destinataire est équipé d'un poste électronique, les messages parviennent directement au destinataire final.

Le téléphone est bien sûr le moyen le plus rapide, pour autant que le correspondant soit disponible et à son poste de travail.

Images:

A ce jour, les images peuvent être envoyées par la poste, le fax, AS/Web structuré ou en message libre, et Internet e-Mail.

C'est un avantage lorsqu'il s'agit de transmettre des copies de croquis, plans, manuscrits, etc.

Via AS/Web messages structurés ou libres, et les messages e-Mail, il est possible de « attacher » les images au message afin que le destinataire, s'il possède le logiciel adéquat, puisse les traiter.

Dans le Telebib2 nous avons prévu les formats JPEG, TIF et PDF.

Dialogue possible :

Lorsque des points ne sont pas clairs, que l'incompréhension règne, il vaut mieux éviter de s'échanger de longs et fastidieux messages écrits. Un coup de téléphone (voire une petite visite) peuvent permettre de lever l'ambiguïté et de rétablir la confiance. A noter qu'un coup de téléphone peut se préparer (choix de l'interlocuteur, mise par écrit des points importants à évoquer, choix de l'heure, ...).

Cependant, il faut retenir que le téléphone ne laisse pas de trace écrite incontestable, surtout quant au contenu précis des informations échangées: l'oubli est toujours possible, mais ici la responsabilité pourra se trouver aussi bien d'un côté que de l'autre, sans que l'on puisse trancher.

Traitement automatique (sert à une utilisation immédiate du message ou qualité !)

Traitement automatique donne immédiatement des résultats au client.

Cela suppose l'utilisation de couleurs, logos, signatures, par exemple pour les cartes vertes, bulletins de virement, etc.

Adressage automatique

La possibilité que le message arrive automatiquement dans le bon service. Le mot « routage » explicite de quoi il s'agit ; le message entrant suit un chemin (une route) jusqu'à la personne ou le service destinataire, celui qui va traiter le message.

Sécurité : (voir aussi Tableau 1. Sécurité)

La garantie concernant la délivrance du message.

Tableau des priorités

X : veut dire que la forme de communication (en colonne) est impossible avec le média (en ligne)

1 est la plus grande priorité et 7 la plus petite

forme de communication⇒ ↓ media	messages structurés	messages non-structurés (messages libres)	dialogue
Assurnet structuré	1	X	X
Assurnet E-mail	2	1	X
Internet E-mail	3	2	X
FAX	4	3	X
BDE	5	4	X
Courrier normal	6	5	X
Courrier recommandé	7	6	X
Telephone	X	7	1

Fichier d'adresses AS/Web :

Dans le système Microsoft Exchange, il est possible en Outlook de permettre à l'expéditeur d'un message de consulter un fichier d'adresses.

A côté de l'adresse e-Mail sont aussi repris l'adresse courrier, le n° de téléphone, la fonction et d'autres données qui concernent le destinataire.

PDF als medium

En 2014, le "portable document format" est accepté comme format de fichier représentant un document. Dans AS/Web nous échangeons aujourd'hui des fichiers (Telebib2-Edifact) contenant des fichiers PDF (A). Y existent aussi déjà des environnements où des fichiers XML sont échangés, contenant eux aussi des fichiers PDF (A).

Pour autant que le destinataire est capable de réceptionner ce genre de fichiers (Telebib2-Edifact ou XML), de les ouvrir et de les traiter, il est dès lors aussi capable de traiter les fichiers PDF y présents. Le point d'attention est que peu d'acteurs en sont capables, mais que beaucoup d'acteurs (tous) sont capables de traiter les fichiers PDF.

Les fichiers PDF à leur tour prévoient la possibilité d'y intégrer (multiples) fichiers de données (fichiers XML, fichiers Telebib2-Edifact, et encore d'autres formats) (B). Ceci est l'inverse du (A) ci-dessus.

L'approche (B) couvre à lui seul une cible plus large que l'approche (A).

Le particulier ou la petite PME sera bien content de recevoir un fichier/document en format PDF.

La PME de taille plus importante aura d'autres moyens informatiques, et saura en plus profiter du fichier de données incorporé, le traitant de manière plus ou moins automatisée.

C'est pourquoi l'approche (B) est le meilleur.

4. Rappels, confirmations et autres doubles envois.

Les rappels et confirmations ne doivent être utilisés que dans des cas exceptionnels.

- On peut considérer que les pertes de messages sont rares (de l'ordre de 1%) avec bien entendu des nuances selon le media utilisé. Ainsi, la fiabilité du téléphone sera tout-à-fait variable selon la

personne qui aura reçu la communication. Le fax et la poste fonctionnent généralement assez bien mais on ne peut avoir de certitude totale de la bonne arrivée chez le destinataire (sauf envoi recommandé avec accusé de réception). Les réseaux de messageries électroniques sont d'une fiabilité quasi totale puisque qu'il y a accusé de réception de l'ensemble du message. Le seul problème qui subsiste, est le problème du traitement en interne des messages, mais ceci est valable pour l'ensemble des medias.

- L'envoi d'un rappel ou d'une confirmation crée un surcoût dans le chef de l'expéditeur qui doit envoyer deux fois le même message.
- Ces envois créent en outre un surcoût important chez le destinataire qui devra traiter deux fois la réception d'un même message, mais qui en outre devra bien souvent rechercher un dossier qui ne sera plus dans le classement normal en raison du 1er message reçu: ce surcoût est évidemment énorme (de l'ordre de 8 à 10 fois le coût de réception du 1er message).
- Enfin, les rappels créant une surcharge de travail chez le destinataire, ils ne font bien souvent qu'empirer la situation de retard qui a provoqué ces rappels.

Il faut donc essayer de limiter les rappels et confirmations au strict nécessaire.-

- Autant que possible, envoyer immédiatement un message de demande sous la bonne forme.
Exemple:
Il est préférable d'envoyer une demande de couverture provisoire par écrit (AS/Web, internet, fax) en demandant confirmation immédiate, et de ne téléphoner que si la confirmation ne revient pas dans un délai raisonnable (24h00 ouvrables), plutôt que de téléphoner d'abord et d'envoyer ensuite la même demande par écrit et attendre quand même la confirmation écrite pour avoir un élément de preuve.
- Du côté du destinataire, essayer d'avoir un délai de traitement aussi réduit mais surtout aussi constant que possible pour chaque type d'opération: si on sait que dans une compagnie il faut toujours trois mois pour établir un avenant, on ne s'inquiétera qu'à partir du 4ème mois.
- Si les délais normaux de traitement ne peuvent plus être respectés par le destinataire, en avertir les expéditeurs soit par un message général, soit par un accusé de réception de type "lettre automatique".
- Ne pas envoyer de rappels "en aveugle", par exemple en envoyant systématiquement une lettre de rappel à tous les destinataires et pour quelque type d'opération que ce soit si dans les trois semaines on n'a pas reçu de réponse.
- Si l'envoi d'un rappel ou d'une confirmation s'avère malgré tout nécessaire, indiquer clairement sur le message qu'il s'agit d'un rappel ou d'une confirmation d'un message déjà envoyé précédemment, ceci afin d'éviter un double traitement aux conséquences parfois fort gênantes pour tous (par exemple, double augmentation des capitaux assurés).
- Prévenir les doubles envois par deux expéditeurs, comme par exemple l'envoi de la même information par l'assuré et le courtier à la compagnie, ou inversement par la compagnie et le courtier à l'assuré.

RECOMMANDATION 29

CALCUL DU CHIFFRE DE CONTROLE PAR MODULO 97 SUR UNE REFERENCE ALPHANUMERIQUE

Objectif.

Permettre le contrôle du bon encodage des références figurant sur papier lors de leur saisie dans les systèmes informatiques, ces références pouvant comporter des chiffres et des lettres comme cela est prévu dans le TELEBIB2 (numéros de police, sinistres, compte d'agent, etc...).

L'algorithme décrit ressemble le plus possible à celui qui est le plus connu pour les références numériques: le nombre de contrôle est en deux positions et est le reste de la division par 97 sauf si ce reste est nul auquel cas on prend 97.

Remarque :

L'accessoire « Calculator » présent dans Microsoft Windows, en « scientific mode » contient la fonction « modulo ».

Cette fonction donne : $9700 \text{ Mod } 97 = 0$ et donc pas 97.

Principe de calcul.

Chaque caractère de la référence de départ est transposé dans le dividende en utilisant un nombre qui est:

- pour les chiffres: le caractère lui-même;
- pour les lettres: la position de la lettre dans l'alphabet augmentée de 9.

Le nombre ainsi obtenu est multiplié par la puissance de 10 qui correspond à la place du caractère dans la référence de départ, en partant à l'arrière et démarrant à zéro ; ce résultat est additionné afin de savoir calculer le dividende.

Exemple:

Soit la référence ABM123.

Référence:	A	B	M	1	2	3
Nombre:	10	11	22	1	2	3
Position:	5	4	3	2	1	0
Exposant:	10^5	10^4	10^3	10^2	10^1	10^0
Multiplication	10×100000	11×10000	22×1000	1×100	2×10	3×1
Addition:	1000000	+ 110000	+ 22000	+ 100	+ 20	+ 3

= 1132123

Division : $1132123 / 97 = 11671,37113$ et reste = $1132123 - (11671 \times 97) = 36$

IF reste = 0 THEN check-digit = 97 ELSE check-digit = reste

La référence complète devient alors: ABM123 36

Remarque :

La DIV (Dienst Inschrijving Voertuigen / Direction Immatriculation Véhicules) pratique une autre technique; une table de conversion des caractères non-numériques en caractères numériques.

Cadrage et présentation des caractères

Dans le cas de références devant se trouver dans des zones de longueur fixe standard, si toute la zone n'est pas utilisée, la référence (sur laquelle s'effectuera le calcul) sera cadrée à droite après avoir supprimé tous les blancs ou caractères autres que lettres et chiffres. Les positions laissées libres à gauche seront complétées avec des '0' (zéros).

Afin d'éviter toute confusion, il y a lieu, lors de l'impression de ces références, de les compléter avec le nombre de zéros nécessaires pour remplir complètement la zone prévue.

Exemples:

Soit la police no. 124AE56 auprès de la compagnie 000252. Cette référence se présentera sous sa forme complète (cf. recommandation 22) comme suit: **000252-0000 0124 AE56-49**.

Le chiffre de contrôle "49" a été calculé à partir de la référence complète: 00025200000124AE56.

Soit le sinistre 95001234 de la compagnie 000052. Référence complète: **000052-0000 9500 1234-94**.
Le chiffre de contrôle "94" a été calculé à partir de la référence complète: 000052000095001234.

Une dernière remarque :

Le chiffre de contrôle est toujours présenté à deux positions, éventuellement complété d'un zéro au début.
Quelques exemples le démontrant :

000097-0000 9700 0000-97

000097-0000 9699 9999-96

000097-0000 9700 0001-01 (ici vous voyez tel zéro dans le chiffre de contrôle)

RECOMMANDATION 30

ASSURANCES AUTOMOBILES : CARTE VERTE

1. Contexte

- 1.1. L'évolution des relations entre les intermédiaires et les assureurs qui se traduit entre autres par des délégations de pouvoir en matière d'émission de cartes vertes.
- 1.2. Le niveau d'informatisation de la gestion des bureaux des intermédiaires permet des impressions de qualité.

2. Objectif

La recommandation, approuvée par le « Counsel of Bureaus », vise à proposer une présentation standardisée du document afin de permettre l'émission d'une carte verte temporaire au moyen du système informatique de l'intermédiaire.

3. Scénario

Chaque assureur qui souhaite suivre la recommandation, édite le formulaire pré-imprimé correspondant dans les différentes langues qu'elle décide de retenir.

Chaque intermédiaire dispose d'un stock de formulaires pré-imprimés : un formulaire pré-imprimé par assureur et par langue avec lesquelles il travaille.

4. Contraintes et conventions

Il y a d'une part les contraintes imposées par le Bureau Belge des Assureurs Automobiles (BBAA).

(www.bbba-bbav.be)

D'autre part nous nous appuyons sur des instructions émanant de l'institut Belge de Normalisation à sujet du courrier d'affaires. (www.nbn.be)

Sur le site-web de la "Vlaamse Vereniging voor Zakelijke Communicatie" nous avons trouvé une description concise des directives les plus importantes, dans un document avec le titre "De Belgische briefnormen". (www.vvzc.be)

La circulaire d'Assuralia du 29 décembre 2008 avec la référence « Auto / 2008-25 » mentionne la circulaire du Bureau Belge des Assureurs Automobiles du 21 novembre 2008.

Cette dernière circulaire mentionne le « nouveau modèle de carte verte » obligatoire à partir du 1 janvier 2001.

Une période transitoire était prévue entre les 1 janvier 2009 et 1 janvier 2011 ; cette période transitoire est maintenant, en 2014, passée.

Nous ajoutons en annexe un fichier zippé contenant ces circulaires, y compris les exemples des cartes vertes dans les trois langues nationales.

Nous utilisons du papier en format A4 (210 mm en largeur et 297 mm en hauteur).

Sur base du document « De Belgische briefnormen » nous prenons quelques décisions.

La mise en page utilise une marge de droite de minimalement 10 mm.

Le champs d'adresse démarre à 50 mm du bord supérieur et est un rectangle avec une largeur de 83 mm et une hauteur de 35 mm.

La combine des deux fait que le coin supérieur au gauche du champs d'adresse se situe à 50 mm du bord supérieur, et à 93 mm du bord de droite du papier.

Ce que sont les « lignes des références » dans le document « De Belgische briefnormen », est dans notre « document carte verte » le début de cette même carte verte.

C'est sur ces bases que nous décidons que les 90 mm supérieurs du papier restent en blanc, et que la partie de la feuille A4 entre 90 mm et 297 mm reçoit la couleur verte nécessaire.

Ensuite nous parcourons encore les rubriques de la carte verte, numérotés de 1 à 11, dans le but de démontrer les liens entre leur contenu (variable) et les données que nous connaissons dans le Telebib2. Pour cette partie de ce texte nous partons de l'idée que le lecteur maîtrise le jargon comme pratiqué en sein du Telebib2.

Rubrique 1

Contient uniquement du texte fixe.

Mais il y a des différences entre les textes en français / néerlandais / allemand.

Rubrique 2

Contient uniquement du texte fixe.

Rubrique 3

Date début:

DOC+004 (carte verte)

> DTM+041:DDMMJJJJ:001 (date début période, en format spécifié)

Date fin:

DOC+004 (carte verte)

> DTM+022:DDMMJJJJ:001 (date fin période, en format spécifié)

Remarquez que la période de couverture d'une carte verte correspond à la période de paiement de la prime et donc avec l'avis d'échéance.

L'information est donc disponible dans cet avis d'échéance :

MIG M0304 (avis d'échéance - quittance – envoi type 2)

> PER+003 (période assurée) ou éventuellement PER+002 (prorata plus)

> DTM+041:DDMMJJJJ:001 (date début période, en format spécifié)

> DTM+022:DDMMJJJJ:001 (date fin période, en format spécifié)

Pour encore plus de précision on peut dans l'avis d'échéance consulter le niveau véhicule-garantie, puisque la carte verte est tout à fait en lien avec la garantie RC automobile.

MIG M0304 (avis d'échéance - quittance – envoi type 2)

> PER+003 (période assurée) ou éventuellement PER+002 (prorata plus)

> ROD+001 (véhicule motorisé) et/ou ROD+002 (remorque)

(un avis d'échéance peut donc concerner multiples cartes vertes)

> ICD+510 (RC véhicule motorisé)

> DTM+008:DDMMJJJJ:001 (date d'effet, en format spécifié)

(et où DTM+008 pourrait venir après DTM+041)

> DTM+138:DDMMJJJJ:001 (date de fin, en format spécifié)

(et où DTM+138 pourrait venir avant DTM+022)

Rubrique 4

Code pays:

Toujours la lettre B; du fait qu'il s'agit des assureurs belges.

Code assureur:

L'avis d'échéance spécifie l'assureur:

MIG M0304 (avis d'échéance - quittance – envoi type 2)

> PTY+006+x—x:006 (assureur – numéro FSMA)

Numéro Police:

L'avis d'échéance spécifie le numéro de la police chez l'assureur:

MIG M0304 (avis d'échéance - quittance – envoi type 2)

> RFF+001:x—x (numéro de police)

Eventuellement et en plus le numéro de l'intermédiaire est mentionné (le numéro du compte producteur de cet intermédiaire, et auquel la police appartient):

L'avis d'échéance spécifie le compte producteur de l'intermédiaire:

MIG M0304 (avis d'échéance - quittance – envoi type 2)

> PTY+002+x—x:002 (intermédiaire – numéro du compte producteur)

Rubrique 5

Numéro de la plaque d'immatriculation, si absent le numéro de châssis ou du moteur:

L'avis d'échéance spécifie le véhicule avec son numéro d'immatriculation et/ou son numéro de châssis:

MIG M0304 (avis d'échéance - quittance – envoi type 2)

> PER+003 (période assurée) ou éventuellement PER+002 (prorata plus)

> ROD+001 (véhicule motorisé) et/ou ROD+002 (remorque)

(un avis d'échéance peut donc concerner multiples cartes vertes)

> RFF+010:x—x (numéro plaque d'immatriculation)

> RFF+011:x—x (numéro de châssis)

Remarquez que nous ne reprenons pas encore le numéro du moteur.

Rubrique 6

Type de véhicule motorisé:

ATT+500G (catégorie véhicule – suivant la codification de la carte verte)

Ce code n'est à ce jour pas présent sous nos ROD+001 ou ROD+002.

Nous pratiquons le ATT+5003 (type véhicule suivant DIV).

En principe, la valeur du 500G peut être déduite de la valeur du 5003, mais il n'y existe pas de table de conversion officielle.

Il est donc conseillé de renseigner le ATT+500G, notamment sous le ROD+001/002..

Rubrique 7

Marque du véhicule:

L'avis d'échéance spécifie le véhicule avec ses marque, modèle et type:

MIG M0304 (avis d'échéance - quittance – envoi type 2)

> PER+003 (période assurée) ou éventuellement PER+002 (prorata plus)

> ROD+001 (véhicule motorisé) et/ou ROD+002 (remorque)

(un avis d'échéance peut donc concerner multiples cartes vertes)

> NME+005+x—x:x—x:x—x (marque, modèle et type)

Rubrique 8

Territoire couvert:

Texte fixe, mais reste à remarquer que pour un assureur quelconque, certains pays peuvent être biffés.

Rubrique 9

Nom et adresse du preneur d'assurance (ou du titulaire du véhicule):

L'avis d'échéance spécifie le preneur d'assurance (PTY+003), avec son nom et prénom (NME+001+x—x:x—x).

L'avis d'échéance pointe vers la police moyennant le numéro de police (RFF+001), et la police spécifie le preneur d'assurance (PTY+003), avec son nom et appellatif complet (NME+001+...) et son adresse (ADR+002+...).

Le "titulaire du véhicule" n'est à ce jour pas géré explicitement, bien que nous connaissons le « conducteur » (PTY+004), la société de leasing (PTY+010) ou la société de financement (PTY+016).

Idéalement, nous explicitons que le "preneur d'assurance" est le "titulaire de la carte verte", moyennant le GIS+509Y (une variable "processing indicator" yes/no) avec dans le cas négatif un PTY+(new value) "titulaire carte verte".

Rubrique 10

Carte délivrée par:

L'assureur, ou l'intermédiaire mandataire de/par tel assureur.

L'avis d'échéance spécifie cet assureur (PTY+006) et cet intermédiaire (PTY+002).

L'outil de gestion de l'un ou de l'autre sait donc fournir l'information nécessaire.

PTY+006+x—x:006 (assureur – numéro FSMA) ou PTY+002+x—x:006 (intermédiaire – numéro FSMA), les deux y compris les nom (NME+001+...) et adresse (ADR+002+...).

La carte verte (DOC+004) peut spécifier moyennant un GIS+(nouveau) (une variable indicateur de processus) qui délivre telle carte verte.

Rubrique 11

Signature de l'assureur:

Un segment MMD (Multi-Media Datafile) est prévu, mais y manque l'indication de ce que représente tel segment MMD. Pensez là aux « document complet » / « dessin de l'accrochage » / "signature d'une partie, soit quelconque, soit bien spécifique".

Nous constatons ici que nous voulons ajouter au MMD une nouvelle donnée codifiée le spécifiant..

Rubrique "informations utiles"

Un FTX+(nouveau) "informations utiles de la carte verte" manque à ce jour et peut/doit être ajouté.

RECOMMANDATION 31

DEFINITIONS : Branches, Garanties, Couvertures etc.

Afin d'établir, du moins pour un usage interne, une notion claire et précise à partir de la signification des divers concepts souvent utilisés l'un pour l'autre, la Commission Mixte de Suivi (anciennement la Commission Mixte de Productivité) recommande les définitions suivantes.

Ces définitions sont données ici (pour autant que possible) pour ainsi dire « de bas en haut ». Le lecteur qui le désire autrement, peut éventuellement étudier les divers éléments dans l'ordre inverse.

Un **Péril (Gevaar)** est le fait externe générateur du dommage qui donnera lieu à l'intervention de l'assureur.

Une **Couverture (Dekking)** est l'assurance contre un seul Péril ou un petit nombre de Périls étroitement liés.

Nous pouvons citer par exemple la Couverture "heurt de véhicules" de la Garantie « Incendie » dans une police de la Branche « Incendie ».

Il est clair qu'il y aura parfois des différences entre différentes entreprises d'assurances : ce qui chez une entreprise d'assurances constitue une Couverture dans le cadre d'une Garantie donnée, sera peut-être pour une autre entreprise d'assurances une Garantie distincte. Songeons par exemple à la Couverture "Tremblement de terre".

Vu la grande diversité de Couvertures possibles et étant donné les définitions souvent divergentes qu'on retrouve dans les textes de polices, notre commission ne devra que s'occuper rarement de Couvertures.

Au niveau de la police, on ne parle généralement pas de Couvertures : si une prime spécifique est indiquée dans les conditions particulières pour une Couverture déterminée, on parle alors d'une Garantie.

Une **Formule (Formule)** est la distinction faite par une entreprise d'assurances à l'intérieur d'une Garantie ou Sous-garantie pour indiquer la possibilité choisie par le preneur d'assurance parmi les diverses variantes dans cette Garantie.

Exemples : Dégâts matériels valeur agréée ou valeur réelle; Invalidité permanente avec ou sans indemnisation progressive.

Une **Sous-garantie (Onderwaarborg)** est un ensemble de Couvertures (minimum : une). La mention de la prime est facultative à ce niveau.

Une **Branche (Tak)** - aussi : **Agrément OCA (Toelating CDV)**: les Branches OCA au sens des agréments obtenus de l'instance de contrôle. A chaque Sous-garantie correspond un seul agrément.

Entre-temps, le OCA (Office de Contrôle des Assurances) / CDV (Contrôle Dienst der Verzekeringen) est remplacé par le FSMA (Financial Services and Markets Authority).

(10.07.2014 : notez que dans le Telebib2 la liste de valeurs A500 a le libellé « Branche », mais que son contenu ne correspond pas aux Branches nommées par l'office de contrôle.)

(04.12.2014 : dans le Telebib2, la liste A509 est la « Code Branche FSMA » laquelle correspond bien avec les Branches de l'office de contrôle.)

Une **Garantie (Waarborg)** est, soit un ensemble de Couvertures, soit un ensemble de Sous-garanties, et présentées sous une dénomination unique en vue d'une souscription globale.

Exemples : « Omnium Auto » (DM + INC + VOL + Vitres...), « Globale Incendie », ...

Il est obligatoire de mentionner la prime pour chaque Garantie.

(2014.12.04 : Notez que la Garantie, sur base de la définition donnée, ne peut pas être un ensemble de Couvertures et Sous-garanties.)

Une **Caractéristique Tarifaire (Tariefkenmerk)** est un “code tarif” ou un “code catégorie” s’appliquant à un objet de risque, et qui a une influence primordiale sur la fixation de la prime (et éventuellement sur les éléments déterminant la prime) voire sur l’acceptation, le tout en sein d’une Branche spécifique. D’autre coté, ce ne sont pas ces Caractéristiques Tarifaires qu’impactent le positionnement du contrat d’assurance dans l’une ou l’autre Branche.

Exemples :

Auto : Tourisme & Affaires usage limité, cyclos etc.

Incendie RS : Habitation, Commerces, Agricoles, ...

RC professionnelle : Plombiers, Electriciens, etc.

Une Caractéristique Tarifaire est souvent un élément (un attribut) de l’Objet de Risque, mais pas toujours. Elle peut aussi être un élément de la Garantie, ou d’encore autre chose.

Un **Objet de Risque (Risico-Object)** est l’indication, dans la police, d’un objet assuré. Plusieurs Objets de Risque peuvent être assurés dans le cadre d’une seule police.

Exemples : un véhicule et une remorque, un bâtiment et son contenu.

Une personne peut être un objet de risque.

(2014.12.04 : Une activité exercée par une personne peut être un Objet de Risque.)

Un **Produit (Produkt)** est la dénomination d’un Type spécifique de Polices auprès d’une entreprise d’assurances.

Une entreprise d’assurances peut, pour un même Type de Polices, proposer plusieurs sortes de polices. Ces polices peuvent être distinguées par le nom du Produit.

Un contrat, une police ne peut concerner qu’un seul Produit.

Un **Type de Polices (Polistype)** sert à indiquer le groupe auquel appartient une police.

Il s’agit d’un moyen pour savoir plus rapidement de quoi il s’agit, à quels types de Garanties on peut s’attendre.

Le Type de Polices peut être utilisé pour déterminer quel service va gérer le dossier.

Le **Domaine (Domein)** est un niveau au-dessus les Types de Polices.

C’est une série encore plus limitée, et un élément aidant à savoir encore plus vite de quoi il s’agit, pour indiquer le genre de Garanties auxquelles on peut s’attendre.

RECOMMANDATION 32

Types de Polices / Polis-types

En 1976, et donc maintenant en 2014 il y a vingt ans déjà, la Commission Mixte de Productivité publiait dans le cadre du Relevé de compte (recommandation 02) une liste des *principales branches*. Cette liste a fait son propre chemin depuis lors et l'ensemble du secteur belge de l'assurance la connaît parfaitement.

(01.10.2014 : Dans Telebib2 c'est la liste de valeurs A500 avec son contenu actuel de 0 jusque 9. Le libellé de cette liste serait devrait donc être « Branche principale » et non « Branche » tout court.)

Cette liste est à la base de plusieurs autres codifications lesquelles ont également été reprises dans le Telebib2.

(Une de ces autres codifications est la liste des « Domaines » ; dans Telebib2 la liste X916.)

Au fil des ans toutefois, le besoin s'est fait sentir d'établir une typologie encore plus fine des polices. Une première impulsion y fut donnée en 1996 avec la publication d'un certain nombre de définitions pour des notions couramment utilisées. L'une d'entre elles devint le « Type de Polices ».

Un Type de Polices (Polistype) sert à indiquer le groupe auquel appartient une police. Il s'agit d'un moyen pour savoir plus rapidement de quoi il s'agit, à quels types de Garanties on peut s'attendre. Le Type de Polices peut être utilisé pour voir quel service va gérer le dossier.

Fort de cette définition, la CMP a décidé de créer une liste de Types de Polices.

Cette liste est maintenant disponible dans le Telebib2 ; c'est **la liste de valeurs A502**.

Cette liste était dans le passé ajoutée à ce texte même ; du fait de son utilisation plus répandue, elle était reprise comme une recommandation à part entière. Pour les besoins de cohérence dans la gestion des versions successives de la liste, nous avons décidé maintenant, en 2014, de la gérer et de la publier à un seul endroit qui est le Telebib2.

Il convient de bien comprendre la portée de la notion de Type de Polices. Chaque police relève d'un seul Type de Polices. Le Type de Polices détermine ce que l'on peut attendre d'une police, mais n'exclut par ailleurs aucune Garantie.

(10.07.2014 : Remarquez que le Groupe de Travail de Normalisation ne respecte pas cette dernière règle. Le « filtre » « domaine-garantie » est à ce jour de type normatif-limitatif et non simplement indicatif.)

Auprès de l'entreprise d'assurances, il existera souvent une corrélation entre les Produits que l'on propose et un Type de Polices déterminé. Rien n'empêche toutefois l'entreprise d'assurances, de proposer plusieurs Produits qui peuvent être repris dans le même Type de Polices.

Chez l'intermédiaire, le Type de Polices servira de base pour les traitements statistiques, les procédures administratives, les écrans d'ordinateurs, etc.

(10.07.2014 : ici aussi, ce qu'était à l'origine probablement simplement indicatif, est devenu limitatif.)

Que faire lorsqu'on ne trouve aucun Type de Polices correspondant au Produit ?

L'objectif de la CMP était de pouvoir classer toutes les polices. Cela reste l'objectif de la Commission Mixte de Suivi (CMS) et donc aussi du Groupe de Travail de Normalisation. Normalement, on trouvera

donc toujours une catégorie dans laquelle une police doit être classée, même si la description est plus détaillée que le Produit spécifique. Naturellement, il est impossible d'énumérer tous les Produits considérés isolément. Parfois, une entreprise d'assurances proposera plusieurs Produits qui relèvent d'un même Type de Polices. C'est normal et cela ne devrait pas poser de problèmes.

Cependant, il arrivera parfois qu'une entreprise d'assurances juge nécessaire de procéder à une ventilation des Types de Polices. Dans ce cas, vous pouvez vous adresser au Groupe de Travail de Normalisation qui examinera votre problème. Un argument important à cet égard peut être que les différents Produits sont traités par différents services.

Très rarement, il arrivera qu'un Produit commercialisé ne puisse pas du tout être repris sous un Type de Polices existant. Dans ce cas également, il vous est loisible de vous adresser au Groupe de Travail de Normalisation. Votre demande sera traitée en priorité et un nouveau code sera éventuellement créé.

Que faire avec des combinaisons de polices ?

De plus en plus, on commercialise des polices reprenant des Garanties qui traditionnellement n'ont aucun rapport entre elles. Là aussi, il conviendra de juger au cas par cas. En effet, ce n'est pas parce que l'on ajoute une Garantie à un Produit, que l'on doit créer un nouveau Type de Polices. D'autre part, certaines combinaisons seront suffisamment spécifiques pour que l'on ajoute un nouveau Type de Polices.

La liste de valeurs en question est la liste A502.

Vous la trouvez sur le site-web du Telebib2, sous le point « Code lists ».

Voir sur www.telebib2.org.

RECOMMANDATION 33 AUX COMPAGNIES D'ASSURANCES Références normalisées des Conditions Générales

Aujourd'hui, il est de plus en plus nécessaire que les conditions particulières, lesquelles constituent encore et toujours la "police" aux yeux du client, renvoient aux conditions générales qui sont également d'application.

D'abord pour une raison juridique.

Il est bien entendu difficile de démontrer quelle version des conditions générales était physiquement rattachée à des conditions particulières bien déterminées.

Ensuite pour une raison importante de productivité.

Evidemment, on délivrera toujours un exemplaire des conditions générales au client, mais l'intermédiaire et la compagnie d'assurances peuvent se contenter d'un exemplaire standard qu'ils peuvent consulter au besoin.

Ceci requiert naturellement un renvoi correct à cet exemplaire dans les conditions particulières.

Ceci requiert aussi que les conditions générales mentionnent leur référence propre.

Comme toute donnée susceptible d'être reprise dans une police, cette référence peut donc également faire l'objet d'une uniformisation et d'une insertion dans le Telebib2.

Mais il y a plus encore : lorsque les textes de ces conditions générales peuvent être fournis aux intermédiaires sur supports informatiques standard, l'uniformisation de cette référence devient une nécessité.

D'où la présente recommandation.

La référence des conditions générales est une donnée qui est reproduite au moyen de trois zones.

La première zone comporte six positions et correspond au numéro FSMA de la compagnie d'assurances qui a émis les conditions générales. Ce n'est donc pas nécessairement la compagnie d'assurances qui gère la police !

La deuxième zone se compose au maximum de 12 positions. Elle est déterminée librement par la compagnie d'assurances émettrice de ces conditions générales. Cette zone est alphanumérique et alignée à gauche. A l'impression, les blancs qui suivent sont supprimés.

Enfin, la date (8 positions - SSAAMJJ) d'émission des conditions générales constitue la troisième zone.

(Dans cette date les JJ peuvent être à zéro (« 00 ») ; dans la pratique et/ou juridiquement, la date d'émission est à comprendre dans tel cas comme « 01 » puisque, pour le mois donné le jour n'étant pas spécifié, cela implique que tous les jours sont possibles, et donc nécessairement à partir du jour 1 de tel mois.)

(Les mêmes conditions générales sont disponibles en langages différents (français, néerlandais, allemand, anglais) et le mieux est d'avoir pour chaque langue une référence spécifique. Généralement ceci donne quelque chose de style 123456-12345678901F-20141115 / 123456-12345678901N-20141115 ... Les assureurs sont libres dans leur choix/systématique à tel sujet.)

Le numéro de la compagnie d'assurances émettrice fait toujours partie intégrante de la référence. En effet, il est fort possible qu'une police, conclue chez tel assureur, soit basée sur des conditions générales émises initialement par un autre assureur. Cela peut notamment être le cas lors d'une reprise de compagnies d'assurances, mais aussi par exemple dans le cadre de la coassurance.

La référence aux conditions générales constitue une seule donnée qui apparaîtra cependant dans les conditions particulières (et dans les conditions générales elles-mêmes), sur papier, avec des tirets entre les trois zones.

Exemples :

En trois parties	Une donnée	Sur papier ou dans un pdf
123456 - 123456789012 - 19960207	12345612345678901219960207	123456-123456789012-19960207
000014 - 123456 - 20140709	00001412345620140709	000014-123456-20140709

Suivant ce raisonnement, les tirets se mettent donc entre les positions 6 et 7 en comptant à partir du début, et entre les positions 9 et 8 en comptant à partir de la fin.

Ce raisonnement a en plus la précondition que tout acteur délivrant des Conditions Générales a bien un numéro-FSMA.

Dans le Telebib2 nous avons la RFF+023 « Référence des conditions générales / Referte algemene voorwaarden » avec comme définition :

La version des conditions générales étant d'application sur la police.

Receuil blanc : recommandation 33, moyennant quelques modifications en date du 12.08.2008 :

Contenu : 5n aligné à droite et précédé de zéros / an..12 aligné à gauche / 8n : ce qui donne un total de 25..an aligné à gauche

Présentation : FSMA-numéro de la compagnie émettrice, tiret, référence, tiret, date d'émission SSAAMMJJ.

Format: premières cinq positions = FSMA-numéro, dernières 8 positions = date, et ce qui reste est la référence propre.

/ Referte die verwijst naar de versie van de algemene voorwaarden die op dat contract van toepassing zijn.

Witte map: aanbeveling 33, mits kleine aanpassingen dd. 12.08.2009:

Inhoud : 5n met voorlooppnullen/an..12 links gealigneerd/8n geeft in totaal 25..an links gealigneerd

Presentatie: FSMA-nummer uitgevende maatschappij, streepje, referte, streepje, datum uitgifte EEJJMMDD.

Formaat: eerste vijf posities = FSMA-nummer, laatste 8 = datum, en wat over blijft is de eigenlijke referte-aanduiding.

Cette définition est à adapter encore une fois de plus, puisque le numéro FSMA est maintenant à 6 positions.

RECOMMANDATION 34 Utilisation d'indices spécifiques pour les primes subissant des variations régulières

Pour divers types d'assurances, il est courant que les primes augmentent à des moments réguliers.

Il peut s'agir de :

1. primes directement liées à un indice externe (ce qui est rare aujourd'hui) (*).
2. la liaison de montants assurés à un indice externe; la prime est proportionnelle au montant assuré; celle-ci peut donc être considérée comme une prime indexée (p. ex. incendie, accidents de la vie privée).
3. polices dont les primes sont régulièrement adaptées à l'augmentation du coût de la vie; bien qu'il s'agisse d'augmentations de primes entraînant généralement la possibilité de résilier le contrat, l'augmentation est appliquée de la même manière pour l'ensemble du portefeuille (p. ex. RC vie privée).
4. polices qui ne seront adaptées que sporadiquement, mais pour lesquelles on s'attend à ce que l'adaptation se fasse globalement (p. ex. RC véhicules automoteurs).

Pour les augmentations des premier et deuxième points, les indexations constituent une pratique normale. Les compagnies et les courtiers disposent de programmes permettant de traiter ces augmentations sans problème.

Pour les augmentations du troisième point, les compagnies utilisent sans doute la même structure par l'introduction d'un indice spécifique, en particulier pour les polices créées au sein de la compagnie. Sans doute ce même indice est-il également utilisé dans des applications commerciales, l'adaptation tarifaire ne consistant guère plus qu'en l'introduction de la nouvelle valeur de l'indice. Même pour les augmentations du quatrième point, il est possible que la compagnie procède de la même façon.

Pour les intermédiaires également, il est important de connaître les primes futures, même avant le traitement d'échéances d'un mois à venir. Des clients demandent parfois un relevé des primes futures, par exemple pour anticiper des paiements s'ils doivent s'absenter pour une longue période.

Le système actuel des indexations est également suffisamment performant chez les intermédiaires pour effectuer ces calculs, à la condition que l'intermédiaire connaisse la formule de calcul de la prime et la nouvelle valeur de l'indice.

Grâce au TELEBIB2, il est possible de communiquer intégralement et correctement la formule de calcul de la prime. Pour la communication de valeurs d'indices, divers canaux sont disponibles et effectivement utilisés.

Tout ce que la compagnie doit donc faire pour permettre le calcul de la prime chez l'intermédiaire pour ce genre de polices, c'est :

- de demander un code d'indice TELEBIB2,
- d'envoyer à l'intermédiaire les polices dans la structure TELEBIB2,
- de communiquer périodiquement la valeur des indices spécifiques.

Le secrétariat TELEBIB2 est favorable à l'ajout de codes d'indice, que ceux-ci aient une application large ou limitée sur le marché.

Il est recommandé aux entreprises d'assurances d'utiliser ces possibilités. (**)

09.07.2014 – Remarques complémentaires du centre Telebib2.

Dans ce texte apparaît la distinction entre les indices externes et les indices spécifiques.

(*) La liste codée X24 du Telebib2 (voir <http://www.telebib2.org/3posQLists.asp?XList=X024>) identifie les indices externes gérés au niveau de notre secteur.

Dans cette codification apparaissent deux exceptions; les codes 0 (Aucun / Geen) et 9 (Contractuel / Contractuele).

(**) La définition de ce code 9 est :

L'adaptation automatique suivant une convention spécifique et contractuelle, destinée à limiter les conséquences d'érosion monétaire et de la hausse des prix.

Par définition, cet indice n'est pas sectoriel.

Ces valeurs ne sont pas gérées ni publiées de manière sectorielle.

Les calculs de contrôle éventuels (du quittance terme) ne peuvent pas être organisés de la même manière.

/ De automatische aanpassing, volgens een specifieke en contractuele overeenkomst, met het oog op de beperking der gevolgen van de muntontwaarding en van de prijsstijging.

Per definitie is deze index niet voor de sector als geheel geldig.

De waarden worden niet op het niveau van de sector beheerd noch gepubliceerd.

De eventuele controleberekeningen (van de termijnkwijtingen) kunnen niet op dezelfde manier opgezet worden.

Une telle "indexation spécifique à l'assureur" d'une garantie tarifée dans un avis d'échéance peut alors bien être communiquée par le biais d'un « 9 – indice contractuel ». La « valeur actuelle de l'indice » et la « valeur précédente de l'indice » peuvent alors être communiquées.

La logique du package de gestion de l'intermédiaire peut intercepter les informations et peut actionner les mécanismes de contrôle nécessaires.

Les variantes 3 et 4 décrites ci-dessus peuvent donc être gérés moyennant ce « 9 – indice contractuel ».

Recommandation 35 Quittance dédommagement sinistre – contrôle du compte financier
--

Les assureurs sont confrontés à des interceptions de documents (principalement des quittances) dans lesquels les numéros de compte sont falsifiés.

Afin d'identifier ces cas avant que l'indemnité ne soit effectivement versée, il nous faut une solution juridiquement acceptable permettant aux assureurs de s'adresser à l'organisme bancaire afin de vérifier l'identité du titulaire du compte financier.

Afin de rencontrer les aspects relatifs à la protection des données privées, le formulaire de quittance sinistre nécessite l'application d'une clause standard libellée :

« Les informations transmises à l'entreprise d'assurances à l'aide du présent document sont présumées correctes. Toutefois, cette dernière pourra le cas échéant, effectuer les contrôles notamment auprès de l'organisme financier, afin d'en vérifier l'exactitude. »