

L'équivalence des garanties : lire une grille de critères ligne par ligne

Un dossier de substitution d'assurance emprunteur se refuse pour un seul motif : des garanties inférieures à celles exigées par la banque. Le cadre est public, les critères sont normés, et pourtant une part importante des demandes revient avec un refus. La raison tient peu souvent au contrat proposé. Elle tient à une lecture approximative de la grille.

Le cadre : une liste fermée, un choix limité

Depuis les travaux du Comité consultatif du secteur financier, l'appréciation de l'équivalence ne relève plus du pouvoir discrétionnaire du prêteur. Une liste de critères a été arrêtée pour les garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, invalidité permanente et incapacité temporaire de travail, complétée par une liste distincte pour la garantie perte d'emploi.

La banque sélectionne dans ces listes un nombre limité de critères, et cette sélection l'engage. Elle doit vous la communiquer avant l'étude du dossier, et elle ne peut pas la modifier en cours de route pour justifier un refus.

Conséquence pratique pour un courtier : le premier document à demander n'est pas le contrat actuel de l'emprunteur, c'est la fiche standardisée d'information et la liste des critères retenus par l'établissement. Sans elle, on travaille à l'aveugle.

Les quatre lignes où se jouent la plupart des refus

1. La définition de l'incapacité temporaire de travail

C'est le premier point de rupture entre deux contrats qui affichent la même garantie. Certains contrats indemnisent l'impossibilité d'exercer la profession déclarée à la souscription. D'autres retiennent l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle, ce qui restreint le champ à quelques situations extrêmes.

Un contrat groupe bancaire retient souvent la première définition pour ses assurés cadres et la seconde ailleurs. Un contrat délégué peut proposer les deux, moyennant une différence de cotisation. Placer un dossier sans avoir vérifié laquelle des deux la banque exige revient à jouer à pile ou face.

2. Le mode d'indemnisation

Deux mécanismes coexistent, et la confusion entre eux produit des sinistres mal indemnisés des années après la souscription.

En indemnisation forfaitaire, l'assureur verse la quotité assurée de l'échéance, sans tenir compte de la perte de revenu réelle. En indemnisation indemnitaire, il verse la différence entre le revenu avant l'arrêt et les prestations perçues par ailleurs, dans la limite de la quotité.

Pour un salarié bien couvert par la prévoyance de son entreprise, un contrat indemnitaire peut ne rien verser du tout. Le client paie une cotisation pendant vingt ans pour une garantie qui s'annule au moment du sinistre. C'est la mauvaise surprise la plus fréquente, et elle ne se voit pas sur un tableau comparatif de tarifs.

3. La franchise et le délai de carence

La franchise correspond au nombre de jours d'arrêt avant le premier versement. Le délai de carence désigne la période après souscription pendant laquelle la garantie ne joue pas encore. Les deux se confondent souvent dans les échanges avec les clients, et les banques ne retiennent pas toujours les mêmes seuils.

Une franchise de quatre-vingt-dix jours contre trente jours change la cotisation de façon visible. Elle change aussi la valeur du contrat pour un indépendant sans trésorerie.

4. Les limites d'âge de cessation des garanties

Chaque garantie s'éteint à un âge défini, et ces âges diffèrent entre décès, invalidité et incapacité. Un contrat dont la garantie incapacité cesse à soixante-cinq ans ne satisfait pas l'équivalence si la banque exige une couverture jusqu'au terme du prêt et que ce terme dépasse cet âge.

C'est un motif de refus fréquent sur les dossiers d'emprunteurs de plus de cinquante ans, et il se détecte en trente secondes sur la fiche standardisée.

Les exclusions : le point aveugle des comparaisons

Deux contrats peuvent satisfaire tous les critères d'équivalence et ne pas couvrir les mêmes situations, parce que l'équivalence porte sur les garanties et non sur les exclusions.

Les affections dorsales et psychiatriques constituent le premier poste. Certains contrats les excluent, d'autres les couvrent sous condition d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, d'autres encore les intègrent sans restriction moyennant une surprime. Comme ces pathologies représentent une part majeure des arrêts longs, l'écart de valeur entre deux contrats se joue ici.

Les sports et activités à risque viennent ensuite, avec des définitions qui varient d'un assureur à l'autre. La moto figure parfois dans les exclusions générales, parfois dans les activités déclarables, parfois nulle part. Une omission au questionnaire suffit à fonder un refus d'indemnisation.

Les quotités : l'arithmétique qu'on oublie de vérifier

Sur un emprunt à deux, la somme des quotités doit atteindre au minimum cent pour cent, et la banque exige souvent davantage. Une répartition à cinquante-cinquante laisse le survivant avec la moitié du capital restant dû à sa charge.

Lors d'une substitution, la reprise des quotités initiales se fait par défaut, sans que personne ne rouvre la question. C'est pourtant le moment idéal pour la poser : la situation des emprunteurs a pu changer depuis la souscription, notamment leur écart de revenus.

La méthode : comparer dans le bon ordre

1. Obtenir la liste des critères retenus par la banque, avant toute recherche de contrat.
2. Vérifier la définition de l'incapacité temporaire retenue par le contrat candidat.
3. Identifier le mode d'indemnisation, forfaitaire ou indemnitaire, et le confronter à la situation professionnelle du client.
4. Contrôler les âges de cessation de chaque garantie contre la durée résiduelle du prêt.
5. Lire les exclusions, en particulier dorsales, psychiatriques et sportives.

6. Vérifier les quotités et les rediscuter si la situation du couple a évolué.
7. Comparer les tarifs en dernier.

En cas de refus

Un refus doit être motivé et désigner les critères non satisfaits. Une réponse générale du type garanties non équivalentes ne remplit pas cette obligation, et se conteste.

La banque dispose d'un délai contraint pour répondre. Passé ce délai, l'absence de réponse n'équivaut pas à un accord, mais elle constitue un manquement opposable, à documenter par écrit dès l'envoi du dossier.

Dans la pratique, la moitié des refus que je vois portent sur un critère que le contrat candidat satisfaisait, mais que le dossier ne démontrait pas. Joindre les conditions générales avec les articles surlignés fait gagner plus de temps qu'un courrier de contestation.