

A black and white photograph of a woman's profile, looking towards the right. Overlaid on her face and the background is a complex network of thin white lines connecting various points, some of which are highlighted with small white hexagons. The background is dark with a subtle grid of dots. On the left side, there are vertical bars of green and blue. On the right side, there are vertical bars of purple and orange.

On n'a pas toujours ce que l'on veut

Faire prendre conscience du besoin en
assurance de personnes à travers le monde.

Publié par ReMark Group en partenariat
avec la Cass Business School, City,
University of London
Novembre 2016

**L'année dernière, nous
incitions les acteurs du secteur
à considérer leurs produits et
services à travers les yeux de
leurs clients.**

**Cette année, nous les invitons
à rétablir la confiance qui a été
ébranlée entre l'assureur et le
client.**

ReMark

Maximum Value Creation

Sommaire

Synthèse	5
À propos de ce rapport	6
PRINCIPAUX THÈMES	
Thème 1 : Une crise des valeurs et une confiance en berne	7
Thème 2 : La valeur de l'expérience	12
Thème 3 : Le paradoxe du produit – avoir besoin de savoir ne veut pas dire avoir besoin	16
Thème 4 : Porter le bien-être à notre poignet	20
Épilogue : En la marque nous croyons	24
Que faut-il faire ?	25

Cette année, notre Étude de consommation internationale vous parle de confiance : du manque de confiance, du besoin de confiance et de l'importance de plus de dialogue pour la susciter.

Une communication innovante, voire contraire à l'intuition, et une forte implication destinée à nourrir de meilleurs échanges, plus fréquents, sont les clés qui permettront de rétablir cette confiance érodée entre l'assureur et le client – tel est le constat de notre enquête.

Le secteur ferait fausse route en considérant que, pour les clients, l'assurance exprime un *désir* en termes commerciaux ; le contrat entre le fournisseur et le client s'est traditionnellement basé, parfois à contrecœur, sur la compréhension mutuelle d'un *besoin*. Pour que le secteur survive, il faut corriger cette perception erronée : les clients ne doivent pas seulement être sensibles à ce besoin, ils doivent le *ressentir*.

Cette année, notre enquête nous livre également de surprenantes conclusions sur la marque. Nous avons choisi de ne pas consacrer un thème à celle-ci car nos résultats méritent des investigations supplémentaires – après tout, notre démarche s'inscrit dans un processus continu. Toutefois, la marque étant emblématique de la proposition, elle est intimement liée à la confiance et vient donc parfaitement alimenter notre épilogue.

Les quatre thèmes de cette étude présentent des pistes complémentaires pour améliorer le dialogue avec le client et développer la confiance, qu'il s'agisse des souscriptions automatisées, des programmes de bien-être ou encore des objets connectés.

Synthèse



Stephen Collins
Président
Directeur Général
ReMark International
et Directeur de Global
Distribution Solutions
SCOR Global Life

Je suis heureux de vous présenter la troisième Étude de consommation internationale menée par ReMark, enrichie de données fournies par la Cass Business School. Elle s'appuie sur une enquête réalisée auprès d'un échantillon de 8 000 clients assurés, répartis à travers 14 grands marchés. Cette étude s'intéresse au comportement du consommateur : pourquoi et comment il effectue son achat et comment il vit l'expérience de l'assurance.

Principaux thèmes

1. Une crise des valeurs et une confiance en berne

Au cours de notre enquête, nous avons constaté l'existence d'un profond cynisme vis-à-vis de l'assurance. Par ailleurs, même lorsque ce cynisme est absent, on constate un manque de conviction quant à la pertinence des produits proposés. Changer cet état de fait est une tâche de longue haleine, qui implique d'investir dans des propositions de valeur, des programmes d'incitation et dans les marques. Il nous apparaît évident que le secteur doit se montrer plus responsable pour instaurer une communication transparente et innovante avec ses clients. Pour que la confiance existe, elle doit être engagée mutuellement.

2. La valeur de l'expérience

Notre deuxième thème concerne le déficit de compréhension dont pâtit l'assurance, en général, et la souscription en particulier. L'incapacité à mettre en oeuvre et à communiquer les avantages d'une automatisation efficace créera de probables perturbations dans le secteur. Nous étudions ici les moyens de rétablir la compréhension – et la confiance – du client, à l'aide de stratégies commerciales, pédagogiques et relationnelles améliorées.

3. Le paradoxe du produit : avoir besoin de savoir ne veut pas dire avoir besoin

Au fil de notre enquête, nous avons constaté que le comportement d'achat du client ne correspond pas vraiment à ses priorités ni à sa perception de la valeur des produits. L'écart entre les attentes du client et son expérience concrète laisse donc de la place aux produits innovants. Même s'il est vrai que le client ne peut pas toujours avoir ce qu'il veut, il est également vrai que souvent, il ne sait pas ce qu'il veut.

4. Porter le bien-être à notre poignet

La découverte clé de notre tour d'horizon des objets connectés et des programmes de bien-être, est que ce type de produits pourrait permettre d'améliorer fortement le dialogue, mais également l'expérience client et la rentabilité du produit. Bien que les résultats ne soient pas uniformes selon les catégories d'individus et les régions, des innovations ciblées et judicieuses font déjà leurs preuves dans ce domaine. Les objets connectés pourraient finalement encourager une révolution dans les propositions des assureurs plutôt que d'être simplement des outils de sélection du client d'aujourd'hui.

Le court épilogue expose nos conclusions, les plus intéressantes, sur la marque. En bref, la marque est indissociablement liée à la confiance.

Comme toujours, nous remercions tous ceux qui ont contribué au rapport élaboré cette année. Vos commentaires et opinions sont les bienvenus, car c'est ce dialogue qui, au final, façonne nos perspectives et nos études futures.

À propos de ce rapport

Cette étude s'appuie sur une enquête réalisée en ligne auprès de 8 000 consommateurs répartis sur 14 marchés clés de l'assurance et sur un travail de terrain mené en 2016. La méthodologie et l'échantillon sont conformes aux meilleures pratiques de chacun des marchés et s'appuient sur des paramètres démographiques et économiques nationaux représentatifs de chaque marché.

Répartition des consommateurs composant l'échantillon par région



Une couverture véritablement mondiale : les 14 marchés qui font l'objet de cette étude représentent près de 85 % du volume mondial des primes d'assurance de personnes et environ 80 % du PIB total.

100

Figure 2 : Descriptions en un mot des assureurs, marchés émergents



Les résultats négatifs des marchés développés sont principalement (mais pas exclusivement) liés aux facteurs suivants :

- Sensibilisation accrue des clients aux côtés négatifs de l'assurance, tels que les marges des distributeurs et les ventes abusives (comme le scandale des PPI au Royaume-Uni)
- Attentes plus élevées en termes de services, liées à l'expérience acquise auprès d'autres services basés sur l'économie des API (Uber et Airbnb, par exemple)
- Réduction de la demande en assurance de personnes liée à l'accroissement des dispositifs de protection proposés par l'État
- Des niveaux d'épargne globale plus élevés, perçus comme filets de sécurité en période de perturbation financière

Fait inédit, tous les facteurs précédemment évoqués sont démultipliés par les médias sociaux et autres plateformes en réseau.

Dans cette « ère de l'indignation » où mettre au pilori les institutions financières est considéré comme étant un signe de mérite, certaines de ces tendances peuvent paraître difficiles à inverser. Il est toutefois essentiel de défendre les mérites du secteur grâce à de nouveaux arguments, et avec les mêmes canaux de communication que ceux qui sont utilisés pour l'attaquer. Ne pas le faire reviendrait à menacer l'avenir des assureurs de personnes sur les marchés développés, tout particulièrement dans un contexte où aucun secteur n'est à l'abri.

Même si le mécontentement des clients ne se limite pas au secteur de l'assurance de personnes – les entreprises de services financiers connexes comme les banques récoltent également des notes médiocres en termes de dialogue et de confiance –, il est

peut-être plus vif à son égard. Cela s'explique par le fait que le besoin en services bancaires est une évidence pour presque tous les consommateurs, tandis qu'il est plus difficile de convaincre de la pertinence d'une promesse de protection. C'est le « mal » qui ronge le secteur, et l'amélioration du dialogue, de l'expérience et de la confiance du client sont les remèdes pour l'arrêter.

Problème 2: de nombreux clients ne ressentent pas le besoin d'avoir une assurance de personnes

Des centaines d'années d'expérience ont démontré au secteur de l'assurance que très peu de clients *veulent* une assurance de personnes. Ce qui a maintenu, jusqu'à présent, le contrat entre l'assureur et le souscripteur, c'est la compréhension mutuelle, bien que à contre-cœur, du *besoin* de protection. En d'autres termes, c'est la perpétuation d'une norme sociale qui n'envisage pas l'assurance comme une nécessité mais plutôt comme une chose à faire.

Dans cette atmosphère généralisée de « déficit de la demande », ce contrat a été entaillé par un manque de confiance (un manque de conviction) dans la proposition, laissant de nombreux clients avec une perception erronée du besoin.

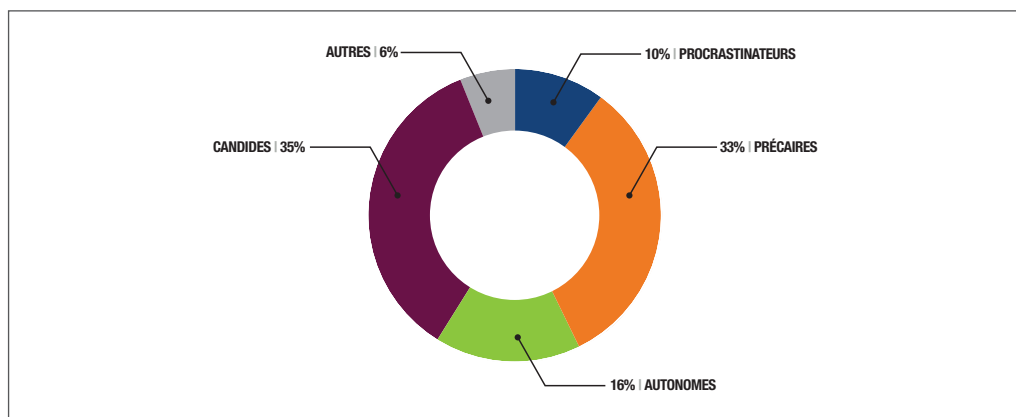
La figure 3 représente quatre profils de consommateurs lors de la décision d'achat d'assurance de personnes :

- 1. Les procrastinateurs : 10%** des clients reconnaissent le besoin d'une couverture mais ne ressentent pas réellement l'urgence qui les pousserait à acheter.

Le fait que le *procrastinateur* ait tendance à être plus jeune, confirme qu'il a le sentiment d'avoir le temps pour organiser sa

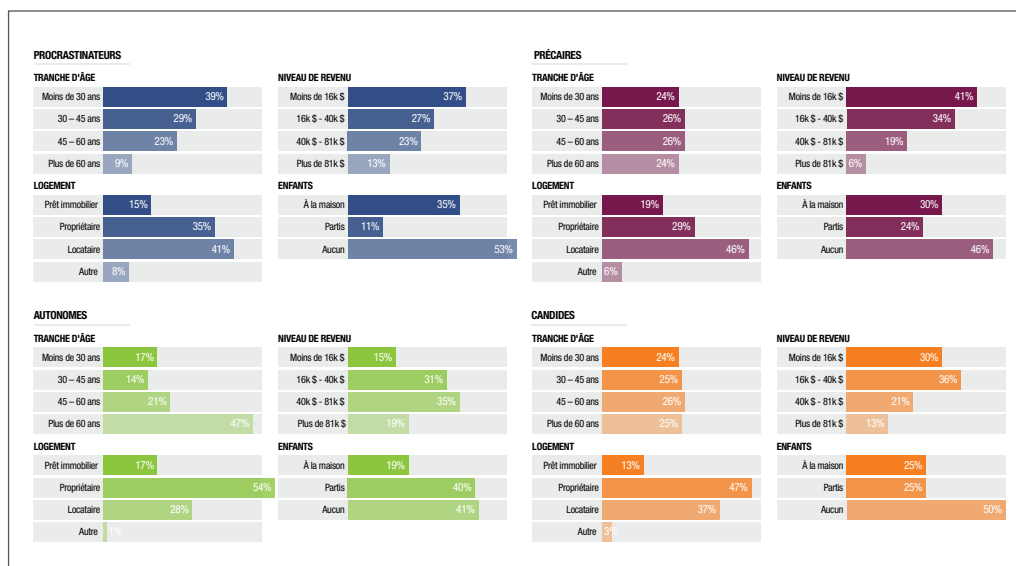
“ Il est plus difficile de faire passer l'idée de promesse de protection, c'est la corde raide de notre secteur ”

Figure 3 : Raisons pour lesquelles les clients ne contractent pas d'assurance de personnes



Question : Pour quelles raisons n'avez-vous actuellement aucun produit d'assurance de personnes ?

Figure 4 : Caractéristiques par profil



Question : Pour quelles raisons n'avez-vous actuellement aucun produit d'assurance de personnes ?

protection sur la vie. Cependant, une proportion importante de ces personnes ont de jeunes enfants ou des prêts immobiliers (voir la figure 4), qui sont les indicateurs traditionnels d'un « besoin » en assurance de personnes.

Notre recherche montre que le profil procrastinateur est très répandu sur les marchés asiatiques, et surtout au Japon (voir la figure 5). Il est peu probable que des limitations en matière d'offre constituent le problème sur ce marché, mais il s'agit plutôt là du signe d'une culture où les prises de décision sont réfléchies (comme en témoignent les faibles taux d'échec pour ceux qui finissent par acheter).

La caractéristique homogène de ce profil est qu'un certain niveau de besoin a déjà été établi. Le défi est ici de stimuler ce besoin en vue d'un passage à l'acte, à l'aide d'une communication appropriée et d'une réponse simultanée. Il s'agit de simplifier le processus d'achat.*

Une plus grande importance accordée à la théorie des normes sociales (« des gens comme vous et moi »), associée à des avantages tangibles (par exemple, des prix abordables pour les clients plus jeunes), pourrait s'avérer plus efficace pour générer le sentiment d'urgence recherché que les messages traditionnels basés sur les besoins. Les résultats de ReMark concernant le profil *procrastinateur* dans les environnements « direct-to-consumer » semblent soutenir cette théorie. Le défi consiste

* Voir Pathways to Purchase : Underwriting, automation and the customer journey, (SCOR Global Life, septembre 2016)

à savoir comment insuffler ce genre de communication par le biais des conseillers.

2. Les précaires : représentent 33% des personnes interrogées. Ils ne possèdent pas d'assurance car ils ne pensent pas pouvoir se le permettre. Ce type de préoccupation se retrouve sur tous les marchés et à travers tous les groupes démographiques.

Encore une fois, bon nombre de ces clients ont des personnes à charge ou un prêt immobilier, ce qui suggérerait des besoins en assurance de personnes. Sans surprise, un grand nombre d'entre eux ont des revenus inférieurs à la moyenne. Ceci étant dit, l'assurance est bien plus abordable que la plupart des clients ne le pensent (tout particulièrement pour les jeunes), ce qui est révélateur de défaillances dans la valeur perçue/pouvoir de persuasion de la proposition.

Pour autant les *précaires* ne sont pas adeptes du fait-maison. Notre enquête révèle que les *précaires* seraient susceptibles de répondre plus favorablement aux informations concernant la tarification des produits, plutôt que de se baser sur leurs propres suppositions.

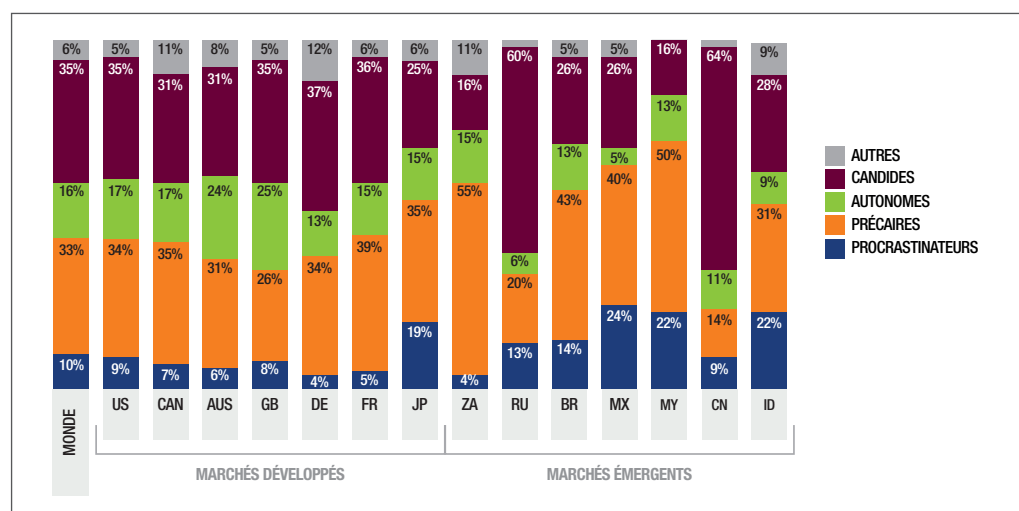
La perception de la valeur du produit pourrait être encore améliorée pour ce segment, par une démarche marketing plus souple en matière de paiement et de présentation des avantages. Si les choses sont faites correctement, notre expérience et nos recherches indiquent que c'est le segment de clientèle le plus apte à évoluer des quatre groupes de clients étudiés dans ce rapport.

3. Les autonomes : 16% des clients ont estimé qu'ils avaient suffisamment d'économies pour se protéger eux-mêmes et leurs familles en cas de décès, d'invalidité ou de perte d'emploi, ou qu'ils étaient prêts à assumer les risques d'une absence de protection.

Le client *autonome* étant en général plus fortuné et plus optimiste que le *procrastinateur* et que le *précaire*, avec lui, les approches classiques en termes de protection sont à éviter. Toutefois, ces clients sont les plus réceptifs au « ce qui est bon pour moi » implicite des propositions de santé et de bien-être, telles que celles proposées par *Vitality*. Ceci est confirmé par la concentration de ces clients sur les marchés développés, tels que l'Australie et le Royaume-Uni (voir figure 5), où de telles propositions ont plus d'attrait.

À moins de présenter à ces clients une protection intégrée à une proposition globale, il est difficile de les détourner de leur habitude d'auto-assurance. Lorsqu'il n'est pas possible d'intégrer une proposition de protection, notre enquête indique qu'il est difficile de remplacer l'idée d'une assurance qui profite par celle d'une assurance qui protège. La seule chose à envisager est de positionner positivement l'assurance de personnes, et d'informer plutôt que d'effrayer les clients sur le montant habituel d'un sinistre et les dépenses souvent imprévues impliquées (par exemple en ce qui concerne la planification successorale et les obligations fiscales). Une approche plus axée sur le client implique également des discussions

Figure 5 : Répartition des segments par marché



Question : Pour quelles raisons n'avez-vous actuellement aucun produit d'assurance de personnes ?

sur le coût du choix (renoncement au choix du niveau de vie dans un scénario d'auto-assurance) et sur la manière dont l'assurance réduit le coût émotionnel de la « gestion » d'une blessure, de la maladie ou de la mort.

4. **Les candides : 35%** des clients ne sont pas conscients ou mal informés de la nécessité d'avoir une assurance de personnes.

Parmi ces clients, nombreux sont ceux qui n'ont peut-être pas encore pris conscience des facteurs clés à l'origine du besoin, comme les personnes à charge ou l'endettement. D'autres bénéficient peut-être d'une couverture par leur employeur ou par l'État. Certains clients pourraient acheter s'ils se sentaient concernés par la valeur intrinsèque de l'assurance de personnes (ou par le risque d'être sous-assurés en cas de produit financé par l'État ou par l'employeur). Cependant, ce que l'on peut déduire des données collectées sur trois années de recherche, c'est que de nombreux *candides* migrent invariablement vers le segment des *procrastinateurs* quand leurs conditions de vie changent. L'important, c'est de reconnaître les déclencheurs de cette démarche et d'adopter une communication très forte autour de la proposition, axée sur les émotions.

S'il existe un besoin de protection provoqué par des événements majeurs de la vie et un besoin de protection influencé par une meilleure compréhension de la valeur des produits de protection, il est aussi probable qu'une certaine partie de la population ne se sentira pas concernée. Il est important d'accepter ce fait inévitable.

Ce que cela implique : les assureurs devraient accorder moins d'importance à la transaction, et davantage aux instants de vérité

En dehors de certaines nuances, notre enquête suggère que chacun des profils évoqués précédemment sera réceptif à un message pertinent et sur-mesure, délivré au bon moment. Plutôt que de faire un marketing homogène et d'effaroucher le consommateur, il est possible d'améliorer les perceptions de la valeur à l'aide d'une communication qui prend en compte la situation particulière de chaque

client : qu'il s'agisse d'inspirer un sentiment d'urgence aux *procrastinateurs* ou de séduire les *précaires* avec des propositions flexibles et personnalisées ou des informations tarifaires. La valeur d'un profilage très affiné des clients est évidente, mais elle exige des capacités de modélisation et des analyses prédictives spécialisées pour dégager des informations pertinentes et exploitables à partir des données disponibles.

Chaque année depuis 2014, notre étude renforce notre analyse et confirme que les deux profils ayant la plus forte propension exprimée à l'achat sont :

- *Les procrastinateurs* : ceux qui comprennent le besoin d'avoir une assurance mais ne voient pas d'urgence à l'acquiescer.
- *Les candides en cours de transformation* : ceux qui ne reconnaissent peut-être pas actuellement la nécessité d'une assurance mais qui, à la suite de changements dans leur situation personnelle, seront plus réceptifs aux communications ciblées.

Pourtant, l'analyse de l'ensemble du secteur confirme que seul un petit pourcentage de ces deux catégories achète en fait une assurance de personnes.

Leur propension exprimée à acheter a permis au secteur de se former pour répondre à ces profils. L'énigme à résoudre est que, malgré nos connaissances et la démarche adoptée en conséquence, nous parvenons de moins en moins à pénétrer ces segments. Après la présente étude, force est de reconnaître que les produits actuellement proposés par le secteur ne sont tout simplement pas assez convaincants pour que les clients parviennent à en percevoir la valeur réelle.

Pour rivaliser avec la myriade d'options d'achat qui se présentent, le secteur doit travailler à plus longue échéance pour améliorer et mieux cibler sa proposition et la communication qui y est associée. Les idées les plus originales peuvent avoir du bon, comme par exemple *Starbucks* qui, en offrant des places de cinéma afin de récompenser des habitudes de vie saines, a aidé *Vitality* à se faire un nom sur de nombreux marchés – un véritable exploit pour une marque d'assurance.

À l'ère de l'indignation il peut être plus important d'aider un client à afficher ses mérites que de le convaincre d'un besoin.

Thème 2 : La valeur de l'expérience

L'histoire d'une révolution – de la conversion à la réalisation

Si le premier thème a mis l'accent sur l'amélioration de la conversion, le second poursuit sur le rôle essentiel de la souscription dans la réalisation du processus. Plus précisément, nous nous intéressons à la manière dont le processus de souscription peut contribuer à façonner l'expérience client. Il incombe à l'assureur de communiquer efficacement sur les raisons et les avantages du processus de souscription, tout en réduisant au minimum l'intrusion dans la vie du client.

En règle générale, du point de vue du client, la souscription est perçue comme un obstacle majeur au processus d'achat. Les multiples désavantages cités vont de la collecte d'informations jugée fastidieuse et chronophage, à la transition du conseiller au professionnel médical. Imposer au client ce processus de questionnaire complexe a tendance à le décourager et, s'il manque déjà de motivation, à l'inciter à s'interroger sur la valeur de la proposition dans son ensemble. Encore une fois, le problème se réduit à une question de conviction.

Il est indéniable que l'automatisation a permis d'alléger bien des lourdeurs. L'année dernière, nous avons identifié une forte demande pour un processus plus fluide, numérique, donnant plus de contrôle et de choix au client. Cette année, nous mettons en avant deux nouveaux moyens d'améliorer les propositions de souscription existantes, axés sur l'efficacité du client par opposition à l'efficacité de l'assureur.*

Défi 1 : les préoccupations liées à la souscription diffèrent selon les clients

Pour la plupart des clients, souscription signifie souscription médicale. Dans ce contexte, les clients citent systématiquement quatre préoccupations clés susceptibles de les empêcher d'achever le processus :

- confidentialité des données
- temps de constitution du dossier
- hausses de prix (charges suite au processus de souscription)
- connaissances insuffisantes pour répondre aux questions

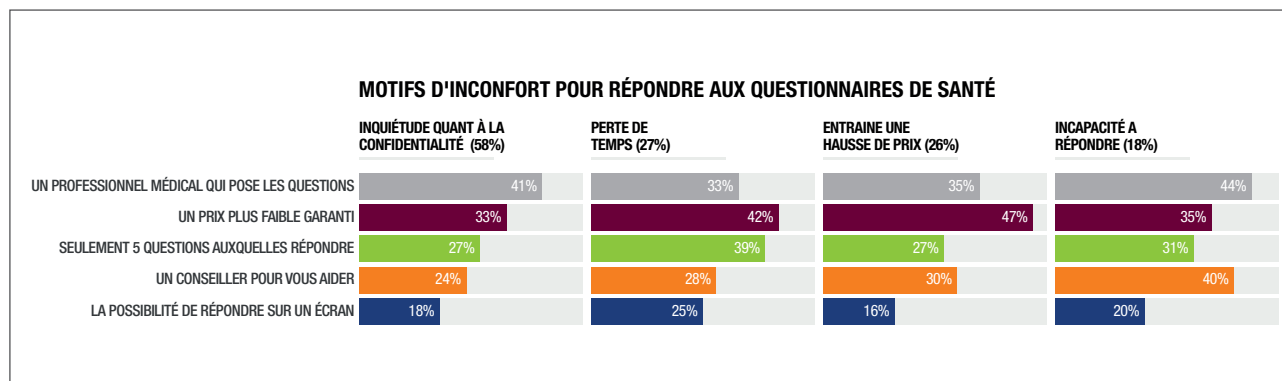
Ces préoccupations s'appliquent quel que soit le canal de souscription (écrit, conseiller, téléphonique, en ligne, etc.), mais avec une hiérarchisation différente des difficultés.

Des prix garantis, des questionnaires raccourcis, un soutien de la part des conseillers et la possibilité d'interaction via le mobile sont autant de moyens importants pour surmonter les obstacles à la souscription (voir la figure 6).

Tout ceci repose sur l'idée d'une exécution intégrée à l'expérience client plutôt qu'une exécution *constituant* l'expérience client.

Comme différents groupes de clients expriment des préoccupations différentes, l'automatisation est la solution car elle permet d'offrir une expérience client personnalisée tout en garantissant le respect des normes de

Figure 6 : Réactions des clients aux obstacles et aux incitations à la souscription médicale



Question : Pourquoi seriez-vous peu enclin à répondre aux questions d'un assureur sur votre santé ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

Question : Est-ce que l'un des éléments suivants vous rendrait plus disposé à répondre à des questions liées à votre santé ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

* Voir Pathways to Purchase (SCOR Global Life, septembre 2016).

“

L'automatisation de génération récente ou de nouvelle génération offre la promesse d'une expérience véritablement intelligente

souscription requises. Différentes préoccupations nécessitent des approches différentes et la technologie peut répondre à chacune d'entre elles dans une seule et même proposition. Par exemple, les préoccupations relatives à la protection de la vie privée sont résolues par la participation de professionnels de santé de confiance, celles concernant les tarifs le sont par des garanties de prix et enfin, celles liées au temps le sont par l'utilisation du numérique et de questionnaires raccourcis. Augmenter le traitement standard à l'aide d'une modélisation prédictive et de la télé-souscription contribue à offrir au client un parcours réellement simplifié.

L'automatisation de (presque) nouvelle génération laisse entrevoir l'abandon du processus de souscription mécanique au profit d'une expérience réellement intuitive, interactive et intelligente. L'introduction du traitement du langage naturel, de la reconnaissance vocale et de l'analyse faciale pourrait réduire la non-divulgaration involontaire et aboutir à des taux de réalisation plus élevés, et ce, d'une manière moins intrusive pour le client et requérant un moindre degré d'implication personnelle.

De telles possibilités sont envisagées comme étant de « presque nouvelle » génération plutôt que de « nouvelle » génération. La banque suédoise *SEB* en est un exemple, avec le déploiement de la technologie cognitive *IPsoft*

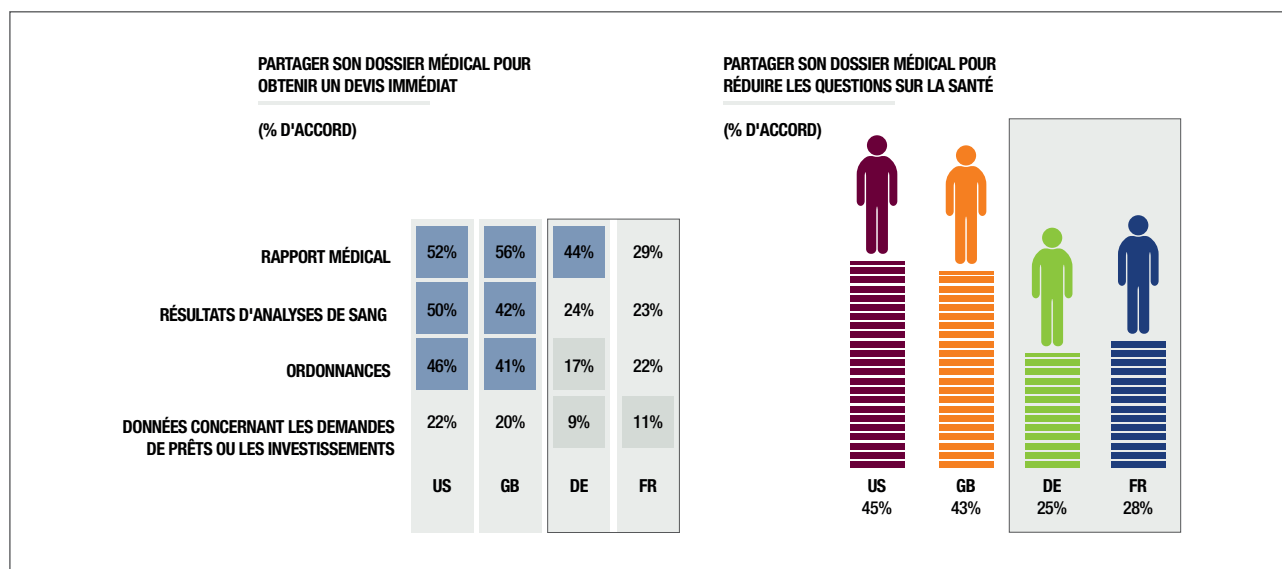
sous la forme de « l'agent virtuel » *Amelia*. *Amelia* dispose de l'intelligence émotionnelle nécessaire pour adapter son ton à l'humeur du client.

Ces solutions ne sont pas déployées pour rien. Pour de nombreux assureurs et réassureurs, il s'agit d'une question stratégique majeure. Sur un marché où, l'expérience fait de plus en plus la différence, prenez-vous tout de suite le train en marche ou attendez-vous de voir comment s'en sortent les autres... au risque de le manquer ?

Évidemment, la variation par marché reste une constante, même pour une chose aussi universelle que la confidentialité des données. Les consommateurs britanniques et américains sont nettement plus ouverts à l'échange de données que les français et les allemands. La figure 7 montre que 43 % des clients britanniques et 45 % des américains sont disposés à partager leurs dossiers médicaux pour obtenir un devis immédiat, comparés à moins de 30 % en Allemagne et en France. Cette volonté de partager les données est la même pour les rapports médicaux, les analyses de sang, les ordonnances et les formulaires d'adhésion.

En extrapolant nos recherches, nous pouvons affirmer qu'il existe bien un intérêt, partout dans le monde, pour les processus simplifiés et orientés client rendus possibles par

Figure 7 : Attitudes envers le partage de données dans le cadre de la souscription au Royaume-Uni, aux États-Unis, en France et en Allemagne



Q. Accepteriez-vous qu'un assureur ait accès à vos dossiers médicaux (par exemple, vos ordonnances) si cela vous permet d'obtenir un devis immédiat ?
 Q. Seriez-vous d'accord pour autoriser votre assureur à accéder à l'un des documents suivants, si cela vous permet de réduire le nombre de questions du questionnaire de santé ?

Figure 8 : Réponses des clients sur la définition de la souscription



l'automatisation. Cependant, ce sont les caractéristiques locales du traitement de la confidentialité, des réglementations, des produits et de la culture qui dictent la forme de la technologie et de la souscription utilisées.”

Défi 2: Les clients ne comprennent pas l'utilité de la souscription

Fait encore plus révélateur, la majorité des clients ont du mal à comprendre la raison d'être de la souscription.

Sur les 8 000 clients à qui l'on a demandé de définir la souscription de l'assurance de personnes, plus de 30 % ont été incapables de donner une réponse. En outre, les résultats étaient globalement équivalents, que le client détienne ou non une police d'assurance de personnes :

- **Définition inconnue ou incorrecte :** plus de la moitié (55 %) n'ont pas pu fournir une réponse correcte ou presque correcte.
- **Évaluation des risques :** seuls 14 % des clients ont correctement identifié la souscription comme étant le processus d'évaluation du risque associé au futur souscripteur, destiné à déterminer le prix approprié
- **Évaluation médicale :** seuls 3 % des clients ont défini la souscription comme le processus permettant de soumettre des informations médicales à l'assureur. Cette réponse est correcte, mais met l'accent sur le processus plutôt que sur la raison d'être de la souscription
- **Processus d'adhésion :** 28 % des clients ont identifié la souscription comme une étape du processus d'adhésion

Si la clé du premier défi repose essentiellement sur l'amélioration du processus, le deuxième défi présente une question plus existentielle. Dans un secteur où la science est prépondérante (actuaire, analystes financiers et Data Analystes), il est possible de mieux associer l'art et la science du risque. Après tout, la science informe mais c'est l'art qui provoque des émotions chez les gens.

Ce que cela implique : des processus numériques intégrés qui permettent d'expliquer et d'exposer aux clients les avantages de la souscription

Les difficultés des clients à comprendre la souscription conduisent à trois constats fondamentaux :

1. L'avenir du secteur doit inclure un nouveau processus économique plus intégré. Ce processus devra incorporer de manière complète mais simplifiée des exigences de souscription afin d'offrir au client un parcours plus transparent, prédictible et intuitif, dans la lignée des expériences client modernes offertes par la plupart des autres secteurs du commerce de détail. À chaque étape du processus, la communication devra suivre un protocole standard (comme par exemple, les mises à jour du statut proposées par Amazon). De cette manière, les futurs clients sont informés tout au long du processus, ce qui permet de prévenir toute méfiance envers la transparence du processus.
2. Sur tous les marchés et dans toutes les régions, le secteur doit s'efforcer d'intégrer le conseil et l'assistance à la clientèle au

* Voir *Pathways to Purchase* (SCOR Global Life, septembre 2016).

processus numérique multipoints, afin que le client comprenne mieux et que son parcours d'achat soit simplifié. Notre enquête suggère que répondre aux préoccupations spécifiques d'un marché par des solutions sur mesure favorise la confiance tout en améliorant simultanément les performances de la nouvelle activité, créant ainsi un cycle vertueux. On trouve plusieurs exemples intéressants d'innovations dans ce domaine, des ambitieux robots-conseillers aux États-Unis à l'idée toute simple d'équiper d'iPads les conseillers pour consolider l'activité des Plans obsèques en Afrique du Sud.*

3. Le secteur a besoin de dialoguer avec les clients et de les informer sur les avantages de la souscription – ce qu'ils ont à « y gagner ». Peu de clients comprennent les avantages d'une souscription en termes de

prix, de flexibilité de paiement ou de qualité et d'étendue de la couverture. Il incombe à l'assureur de communiquer cette valeur, en aidant le client à tirer le meilleur parti du processus de souscription. Une expérience client améliorée pourrait par exemple simplement consister à fournir au client un rapport de santé ou des statistiques comparatives – encore une fois, les données comportementales pourraient être exploitées pour améliorer le dialogue.

Améliorer le processus de souscription n'est pas la panacée qui viendra régler la préoccupation majeure du secteur, à savoir la croissance de l'activité. Néanmoins, c'est un élément essentiel de la solution. Ne pas exploiter les avancées technologiques pour offrir une expérience client plus conforme aux attentes actuelles laisserait le secteur en proie aux perturbations et à l'obsolescence.

* Voir *Pathways to Purchase* (SCOR Global Life, septembre 2016).

Thème 3 : Le paradoxe du produit – avoir besoin de savoir ne veut pas dire avoir besoin

Le secteur devrait étudier de plus près les décalages entre les ventes de produits actuelles et la demande des clients, afin de trouver des pistes d'innovation

Le produit reste la partie intégrante de la proposition de valeur de tout assureur. Il établit des engagements et des obligations tangibles pour les deux parties. Le succès du produit repose sur l'alignement du besoin de vente de l'assureur et du besoin d'achat du client. Aligner ces deux visées semble plus difficile qu'il ne faudrait. En identifiant trois décalages fondamentaux dans la « chaîne de valeur », notre enquête, cette année, pourrait nous aider à comprendre pourquoi.

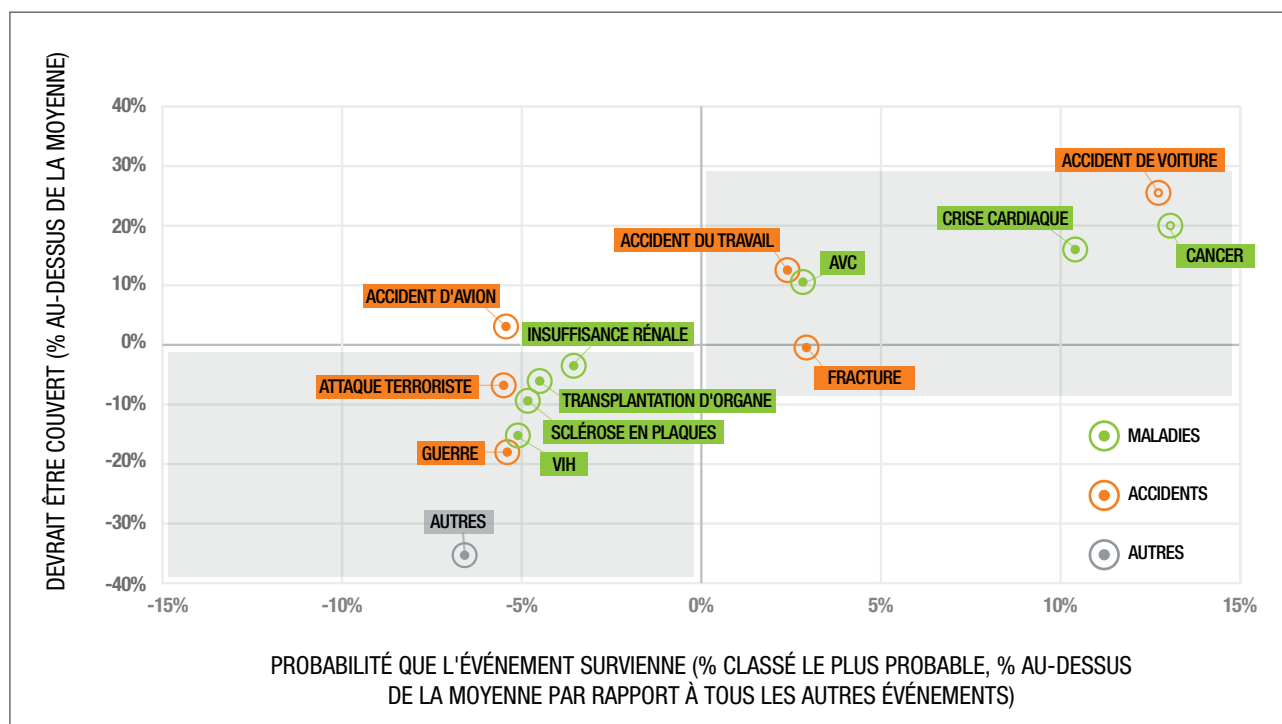
Décalage 1 : la perception des sinistres et de la couverture par le client diffère de la réalité

La perception du client concernant la probabilité des sinistres pour des maladies et des accidents spécifiques diffère de l'expérience réelle. Sur la figure 9, l'axe des abscisses représente les probabilités attendues de divers types de sinistres. L'axe des ordonnées montre que de nombreux clients s'attendent à ce que les accidents soient couverts par des produits prenant en charge les maladies graves.

Ce qui est clair, c'est que les écarts entre la couverture réelle et la couverture attendue représentent un risque sérieux pour la marque des assureurs – dans certains cas, les clients s'attendent à des remboursements mais ne les reçoivent pas. L'idée selon laquelle les assureurs refusent injustement de couvrir certains sinistres est perceptible derrière bon nombre des descriptions négatives des assureurs que l'on pouvait trouver au thème 1. Se référer aux conditions générales de la police d'assurance ne fait qu'exacerber la tension et les problèmes de confiance qui caractérisent la relation assureur-client. Les assureurs doivent élaborer de meilleures stratégies de dialogue pour cultiver la confiance des clients et mieux gérer et définir leurs attentes. Pour ensuite y répondre.

La bonne nouvelle, c'est que les écarts entre les sinistres réels et attendus peuvent créer des opportunités de développement de produits. L'économie comportementale nous dit que les consommateurs sont plus enclins à payer pour

Figure 9 : Probabilité d'occurrence par rapport aux attentes dans le cadre d'une police d'assurance maladies graves



Question : Dans la liste suivante, veuillez sélectionner les maladies ou les événements que vous vous attendriez le plus à voir couverts dans le cadre d'une police d'assurance contre les maladies graves. Si vous détenez actuellement une police d'assurance de ce type, veuillez indiquer vos attentes supplémentaires par rapport à votre police actuelle.

Question : Veuillez classer chacun des éléments suivants (maladies ou événements) en fonction de la probabilité qu'ils vous arrivent, 1 étant le plus probable.

se protéger de facteurs très connus (vus dans les actualités) ou personnels (récemment vécus par un ami). Le secteur pourrait ainsi répondre avec une couverture plus précise et sans ambiguïté. Des recherches supplémentaires sont nécessaires dans ce domaine, mais la figure 10 suggère des possibilités intéressantes.

Certains clients (comme par ex. les *précaires* ou les *autonomes*) pourraient, pour différentes raisons, réagir favorablement aux réductions de prix sur les produits réservés à la couverture du cancer. Ces innovations en termes de couvertures spécifiques devraient être considérées non seulement comme une nouvelle source de revenus, mais également comme un moyen de remédier au déficit de confiance mentionné dans le premier thème. Proposer de multiples options, avec des nuances pouvant être développées en fonction de la situation personnelle de chaque client, offre non seulement la possibilité de proposer une couverture plus complète, mais aussi mieux comprise, et ce, pour toutes les parties.

Décalage 2 : les clients ne peuvent pas toujours avoir ce qu'ils veulent, mais pouvons-nous essayer de leur donner ce dont ils ont besoin ?

Dans l'une des conclusions les plus surprenantes de cette étude, nous comparons les produits que les consommateurs recherchent le plus et les produits les plus achetés. Dans un

monde parfait, il s'agirait des mêmes produits. Mais ce n'est pas toujours le cas. Pourquoi ?

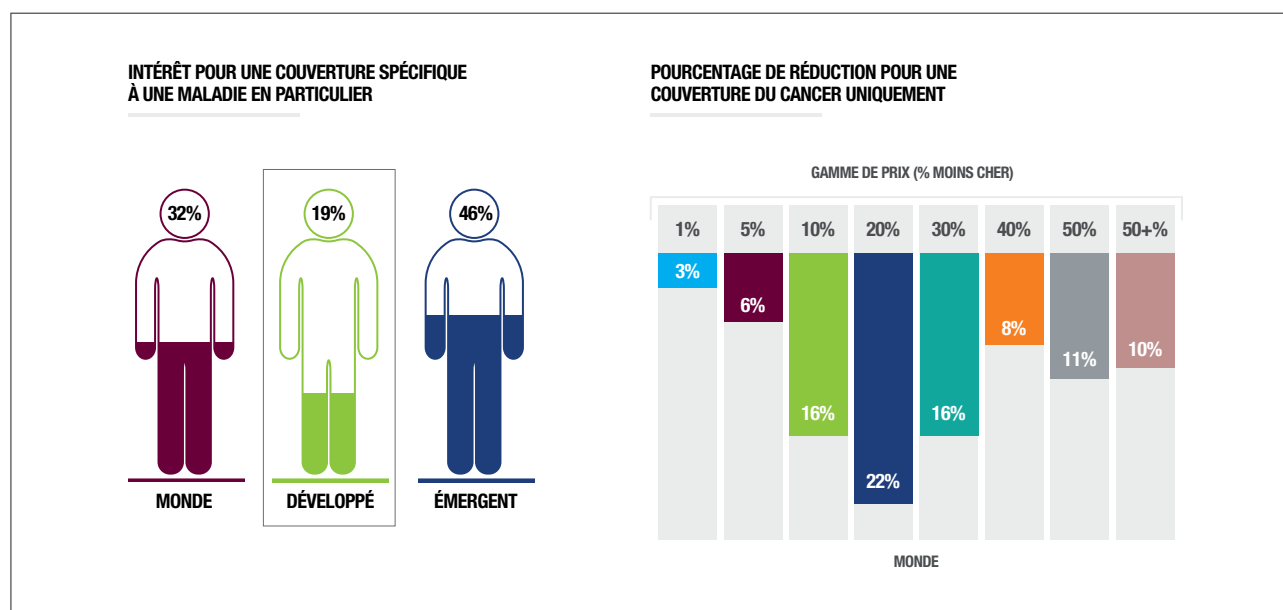
Pour illustrer cette idée, l'exemple le plus évident est le lien entre la protection du revenu et la maladie grave.

Sur de nombreux marchés, les prestations en cas de maladie grave dépassent de beaucoup celles de la protection du revenu. Par exemple, au Royaume-Uni, en 2015, on a vendu plus de quatre fois plus de polices couvrant les maladies graves que de polices de protection du revenu.¹ Cependant, nos recherches suggèrent que les clients ont tendance à accorder plus de valeur à la protection du revenu (voir la figure 11).² Ceci révèle un écart entre ce que les clients *veulent*, et ce qu'ils *achètent*. À l'exception de la France et du Japon, les clients des marchés développés accordent davantage de valeur à la protection du revenu qu'aux maladies graves, bien que les ventes indiquent le contraire.

Pour expliquer ce phénomène, il faut tenir compte des éléments suivants :

- Complexité, coût et processus liés à la protection du revenu en tant que produit. Ces facteurs, combinés à l'expertise requise du conseiller, donnent au consommateur l'impression qu'elle est par nature plus précieuse. C'est particulièrement vrai sur les marchés tels que l'Australie qui dispose d'un régime de conseil fortement réglementé.

Figure 10 : Intérêt pour les couvertures à risque unique et réduction attendue pour les polices spécifiques au cancer



Question : Seriez-vous intéressé par l'achat de produits couvrant des maladies graves axés sur une maladie spécifique telle que le cancer si le prix était inférieur à une police couvrant plusieurs maladies ?

Question : Par rapport à une police qui couvre plusieurs maladies, quelle réduction attendriez-vous d'une police se concentrant uniquement sur le cancer ?

“

Même s'il est vrai que le client ne peut pas toujours avoir ce qu'il veut, il est également vrai que souvent, il ne sait pas ce qu'il veut

Dans ces pays, les conseillers ont un impact significatif sur l'offre, ce qui fausse l'opinion en faveur de l'importance de la protection du revenu.

- Sensibilité au prix. Les clients veulent une chose mais en achètent une autre. La protection du revenu est souvent citée mais est ensuite jugée trop onéreuse. Il n'est pas nécessaire de connaître les idées de Kahneman sur le choix inter-temporel pour savoir que les clients ont du mal à estimer les prestations de revenu.³ Cela signifie qu'ils préfèrent généralement des prestations forfaitaires. Le problème, pour le secteur, est que cela rend difficile, si ce n'est impossible, les comparaisons de coûts pour le client.
- En adoptant un raisonnement parallèle, ce décalage apparent pourrait être une manifestation classique des différences de résultats générés par la pensée « rapide » et « lente ».⁴ On pourrait soutenir que fournir une réponse théorique dans une enquête déclenche une réponse rapide (pensée « rapide » ou de « système 1 »), désignant instinctivement la protection du revenu comme le besoin le plus important. Toutefois, lors d'un processus de vente approfondi, confronté à plus d'informations, c'est une réflexion plus poussée qui prend le dessus (pensée « lente » ou de « système 2 »)

Dans les deux cas, le choix d'achat sera influencé par la méthode heuristique la plus observée : le biais de disponibilité. Dans ce contexte, il sert de raccourci mental si la possibilité envisagée d'un événement est plus élevée en raison d'un rappel spontané. Par exemple, la plupart des clients se

souviendront plus facilement d'une connaissance ayant souffert d'une maladie grave que d'une longue période d'arrêt causée par une maladie physique ou mentale, et ce, quelle que soit la probabilité réelle de ces événements.

Le secteur doit faire attention à la façon dont ces données sont présentées et interprétées. Même s'il est vrai que le client ne peut pas toujours avoir ce qu'il veut, il est également vrai que souvent, il ne sait pas ce qu'il veut !

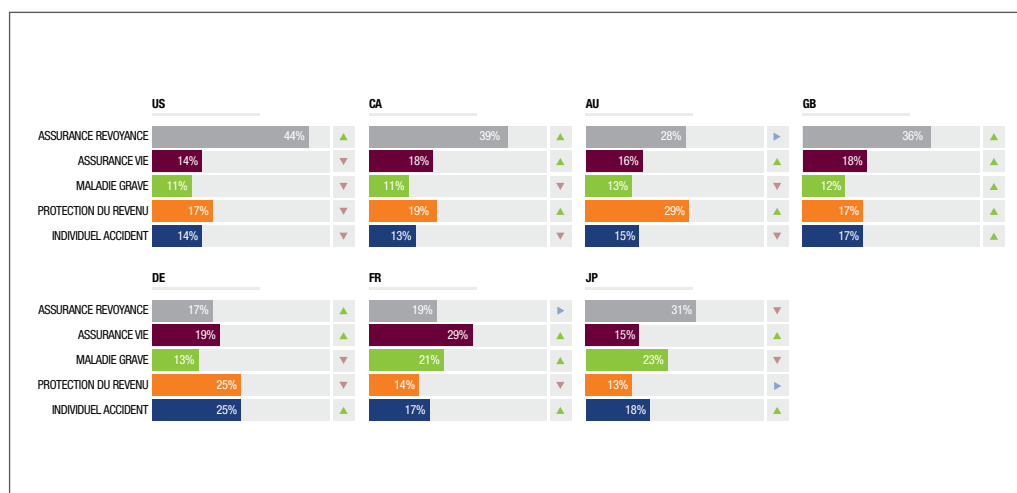
Le plus préoccupant, est que, d'après nos recherches, certains clients disposant de polices couvrant une maladie grave (par exemple) peuvent s'attendre à un dédommagement pour des événements qui sont en réalité du ressort d'autres polices (par ex. protection du revenu).

Selon nous, ce décalage fondamental entre couverture maladie/revenus est très répandu. Au final, les perceptions et les décisions des clients sont le résultat d'une interaction complexe de biais cognitifs, d'émotions et d'influences sociales. Une connaissance plus approfondie de ces facteurs nous ouvre la perspective de mieux répondre aux attentes grâce à des produits mieux ciblés – qui conduiront finalement à la fidélisation des clients.

Décalage 3 : les clients pensent que le regroupement avec la santé est plus logique qu'avec l'épargne

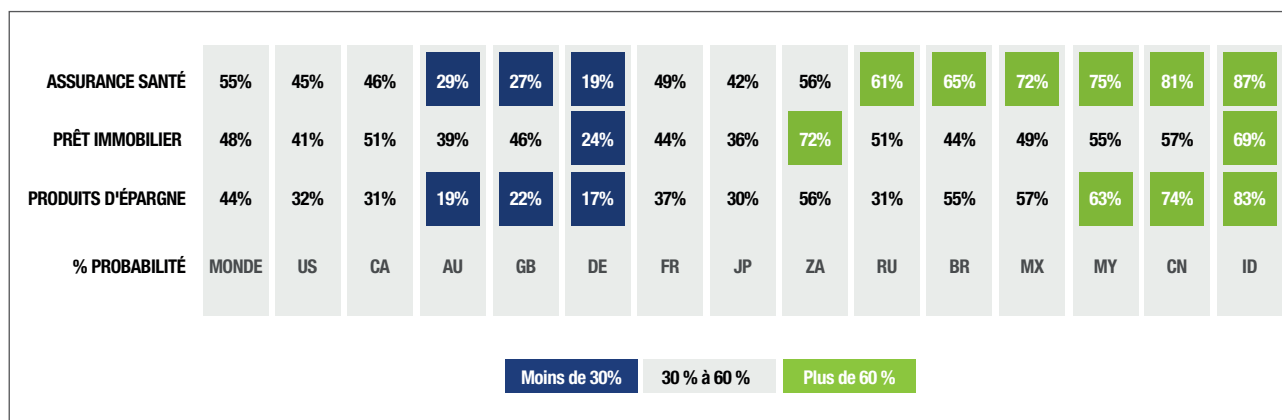
Comme nous l'avons évoqué dans le premier thème, exploiter les possibilités de conversion –

Figure 11 : Importance des différentes polices d'assurance de personnes (% le plus important)



Question : Veuillez classer par ordre d'importance ces produits d'assurance. Le chiffre 1 désigne le produit le plus important et le chiffre 5 le moins important.

Figure 12 : Intérêt du client pour le regroupement d'une assurance de personnes avec une assurance santé, des prêts immobiliers et des produits d'épargne



Question : Si vous deviez acheter chacun des produits financiers suivants à l'avenir, dans quelle mesure envisageriez-vous de souscrire à une assurance de personnes (en supposant que vous ne déteniez pas d'assurance de personnes à ce moment-là) ?

comme la vente d'une assurance de personnes avec un prêt immobilier – est l'un des principaux moteurs de vente et de croissance. C'est un point important, car la distribution de l'assurance de personnes est difficile.

Afin d'éclairer d'autres opportunités de distribution, nous avons demandé aux clients quels produits s'associent le mieux à l'assurance de personnes. Fait intéressant, à l'échelle mondiale, l'association de l'assurance de personnes et de l'assurance santé est plus populaire que celle de l'assurance et des prêts hypothécaires ou de l'épargne. Cette constatation contraste avec le statu quo, selon lequel l'assurance de personnes est plus fréquemment regroupée avec les prêts immobiliers et les placements.

Ce que cela implique : la valeur intrinsèque compte

Du point de vue de l'assureur, il existe sans aucun doute des raisons expliquant que l'intégration avec l'épargne ou les prêts immobiliers fonctionne mieux. Mais c'est exactement le genre de raisonnement inversé qui reflète la disparité entre la perspective intellectuelle du secteur sur les produits de protection et la perception intrinsèque de leur valeur par le client.

Le regroupement traditionnel peut paraître plus avantageux pour l'assureur ou pour la banque que pour le client. Les résultats devraient inciter le secteur à considérer les choses sous un angle extérieur et à rechercher des pistes d'innovation dans les produits d'assurance de personnes/santé et la distribution.

Thème 4: Porter le bien-être à notre poignet

Rien n'est plus indissociable à la santé qu'une proposition de bien-être

La confluence de plusieurs tendances macroéconomiques a suscité un intérêt généralisé pour le développement par les assureurs d'offres de santé et de bien-être. Les avancées médicales ont significativement prolongé l'espérance de vie, engendrant inévitablement une fréquence beaucoup plus marquée des personnes atteintes de maladies chroniques (diabète, hypertension, etc.). En effet, des maladies autrefois mortelles sont constamment reclassifiées en maladies chroniques. Ceci a entraîné une explosion des dépenses de santé, nécessitant un transfert de la couverture des soins de santé du public au privé.

Dans le même temps, l'émergence et la sophistication croissante de l'Internet des objets connectés ont mis certains services de prévention, de diagnostic et holistiques à portée de main (ou de poignet). L'émergence des technologies de l'objet dans ce domaine (qui se manifeste le plus communément sous la forme de dispositifs portables) a donné naissance à un phénomène de « mesure de soi ».

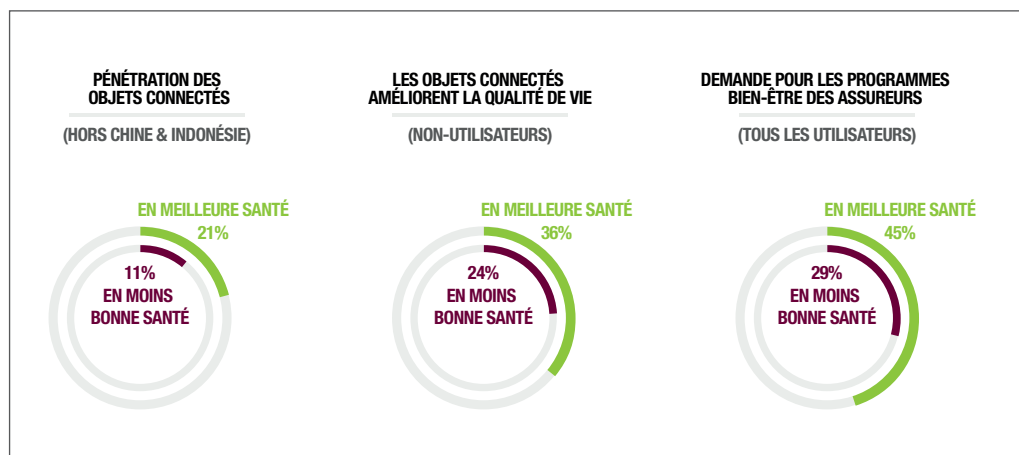
Du point de vue des assureurs, l'intégration de cette nouvelle expérience de la mesure de soi dans les propositions de nouveaux produits présente des avantages évidents en termes de perceptions de la valeur par les clients. En

outre, et ce qui est peut-être plus important encore, sont les données en temps réel que l'on peut désormais recueillir comme un bien extrêmement précieux, à condition d'être efficacement exploitées. Les informations issues des nouveaux flux de données pourraient permettre le développement de solutions plus personnalisées, tout en offrant des débouchés de développement pour les capacités de souscription et la possibilité d'influencer l'issue des sinistres. Des études longitudinales sur les attitudes des clients devraient alimenter et améliorer ces propositions au fil du temps, ce qui aboutira finalement à un changement de comportement à long terme. Les retours d'expérience continus généreront une valeur partagée durable entre le client et l'assureur.

Le bien-être, les récompenses et les objets connectés ont clairement le potentiel pour transformer le secteur de l'assurance de personnes. S'il reste encore à produire les stratégies de participation, il est clair qu'il faudra être dans la course pour la remporter.

Ce thème évalue l'intérêt actuel des clients pour les initiatives en matière de bien-être et des objets connectés, et les implications pour les assureurs de personnes – lorsque cet intérêt existe déjà et, plus encore lorsqu'il doit être généré.

Figure 13 : Pénétration des objets connectés, conviction dans leur efficacité et demande pour les programmes de bien-être, segmentés par clients s'estimant plus ou moins en bonne santé que la moyenne



Question : Portez-vous un objet connecté qui vous donne des informations sur votre activité physique, votre alimentation, votre sommeil, etc. (même si vous ne l'utilisez pas en ce moment), par exemple Fitbit, Jawbone ou montre connectée ?

Question : Pensez-vous que porter un de ces appareils pourrait vous aider à améliorer votre qualité de vie ?

Question : Seriez-vous intéressé pour rejoindre un programme de bien-être géré par une compagnie d'assurance qui vous proposerait des réductions sur vos primes d'assurance et des réductions sur des activités bonnes pour votre santé (par exemple l'adhésion à un club de sport) ?

“

Pour les professionnels de l'assurance, il est plus intéressant de cibler et de nouer des liens avec les personnes en moins bonne santé

Observation 1 : l'investissement dans le bien-être et les objets connectés se concentre actuellement chez les personnes en meilleure santé

Les ventes d'objets connectés ont connu une croissance rapide dans le monde au cours des cinq dernières années. D'ici fin 2016, les commandes de dispositifs portables connectés de par le monde devraient atteindre 101,9 millions d'unités, ce qui représente une croissance de 29 % en 2015.⁵ Plus de 15 % des clients interrogés dans notre étude affirment posséder un dispositif portable connecté et la plupart des études de marché annoncent une augmentation significative de ces chiffres au cours des prochaines années. En effet, CCS Insight a actualisé ses perspectives sur l'avenir des technologies portatives, indiquant que 411 millions de dispositifs portables connectés intelligents seront vendus en 2020, pour une valeur stupéfiante de 34 milliards de dollars.⁶

De façon très nette, la pénétration est nettement plus élevée chez les clients estimant leur état de santé supérieur à la moyenne (voir figure 13). En effet, seuls 11 % des clients possédant un dispositif portable connecté estiment avoir un état de santé inférieur à la moyenne.

Alors que les fonctionnalités et la précision des objets connectés augmentent et que les propositions associées s'intègrent davantage à notre vie quotidienne, on s'attend à une augmentation spectaculaire des échanges avec les clients. Dans un récent sondage mené par une entreprise leader dans le domaine des

capteurs de données biométriques, 58 % des personnes interrogées ne possédant pas encore d'objets connectés envisageaient d'en faire l'acquisition lorsqu'elles auraient confiance en leur précision.⁷ Avec les améliorations et l'innovation constantes dont bénéficient les objets connectés – dans le domaine des sciences du sport (par ex. *Lumo Run*) comme dans celui du développement de biocapteurs de qualité médicale –, une précision accrue entraînera un effet similaire sur les échanges.

Jusqu'à présent, les programmes d'objets connectés et de bien-être aident les clients en bonne santé à vivre encore mieux. Toutefois, pour le secteur, il serait plus intéressant de cibler les personnes en moins bonne santé. Il y a en effet là une occasion certaine de nouer des liens avec les clients qui pourraient en tirer un plus grand bénéfice.

Reportez-vous à la figure 14 ci-dessous pour les principales caractéristiques et fonctionnalités d'une proposition de bien-être. L'exploitation de cet écosystème pour nouer des liens avec des clients en moins bonne santé pourrait être particulièrement bénéfique, permettant ainsi de produire potentiellement de bien meilleurs résultats dans la résolution des sinistres – ce qui, à son tour, jouerait en faveur de la confiance, de la pertinence et de la tarification des produits.

Ces dispositifs pourraient finalement entraîner une révolution dans les propositions des assureurs au lieu d'être simplement les outils de sélection utilisés par les clients qu'ils sont aujourd'hui.

Figure 14 : La complexité de l'établissement d'une plateforme de santé et de bien-être holistique

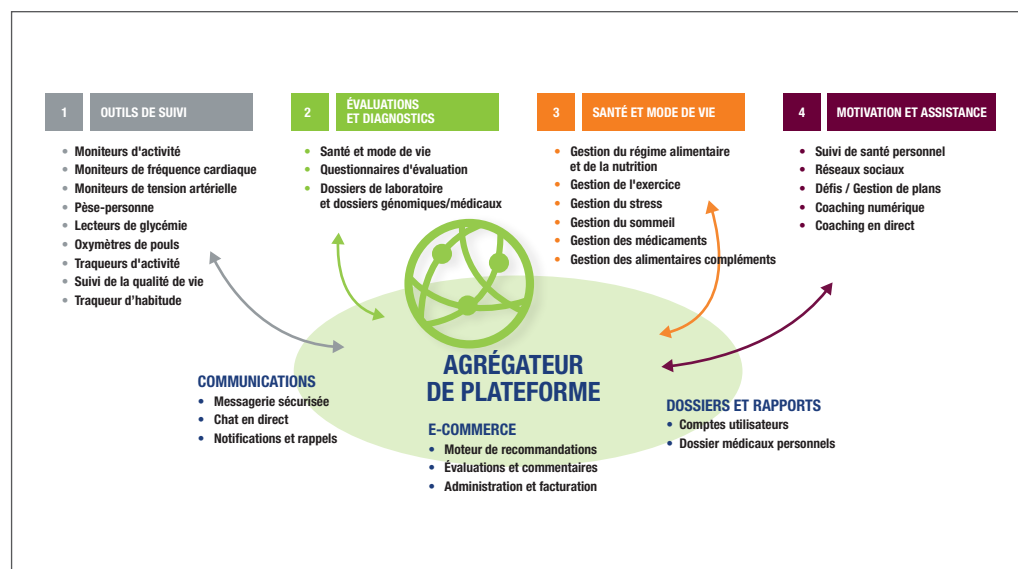
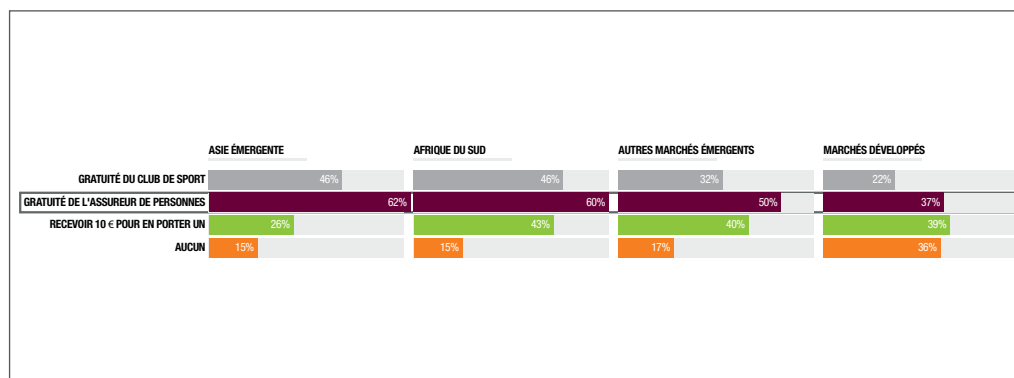


Figure 15 : Programmes d'incitation à l'adoption objets connectés



Question : Est-ce que l'un des éléments suivants pourrait vous persuader de porter un de ces dispositifs ?

Observation 2 : la demande des clients en objets connectés et en bien-être est plus grande en Asie émergente

D'après nos résultats, l'Asie émergente se distingue clairement de par l'intérêt de ses clients pour le bien-être et les objets connectés, cela indique une opportunité d'investissement côté offre pour stimuler davantage la demande. La figure 15 montre que les consommateurs d'Asie émergente font confiance aux assureurs pour leur proposer des objets connectés et des programmes de bien-être, conformément aux perceptions positives de la marque évoquées dans le premier thème. Ce qui est encore plus encourageant, c'est la volonté de partager des données portant sur le bien-être avec les assureurs des marchés émergents tels que la Chine, la Malaisie et l'Indonésie, comme le montre la figure 16.

Il s'agit d'un constat encourageant, en particulier dans le contexte de la fameuse étude de cas *Discovery / Vitality* en Afrique du Sud, qui suscite une énorme attention dans le monde entier. Les descriptions positives recueillies en Afrique du Sud sont également fortement influencées par la disponibilité ; les clients ont été exposés à la proposition depuis plus de 20 ans et en saisissent les avantages visibles. L'Afrique du Sud possède des caractéristiques uniques : une forte demande des clients pour l'assurance de personnes et l'assurance-santé, pour les marques d'assurance et pour des modes de vie sains et actifs. Malgré son caractère unique, elle sert d'exemple à la façon dont le marché du bien-être pourrait bientôt prospérer en Asie émergente et ailleurs.

Dans ce contexte, l'investissement dans la marque est étroitement lié aux objets connectés et aux programmes de bien-être. Alors qu'une relation forte fondée sur une confiance

mutuelle est fondamentale pour encourager les assurés à partager leurs données depuis des dispositifs portables, la fréquence des échanges générés par de telles initiatives est une occasion de renforcer la marque. Les données recueillies pourraient dynamiser le processus de souscription en ouvrant les portes à une tarification plus individualisée et, en fin de compte, à une transformation de l'expérience client. Approfondir nos connaissances des assurés permettra d'accroître les initiatives pertinentes de vente incitative et croisée. C'est ainsi que se maintiendra le cycle de fidélisation.

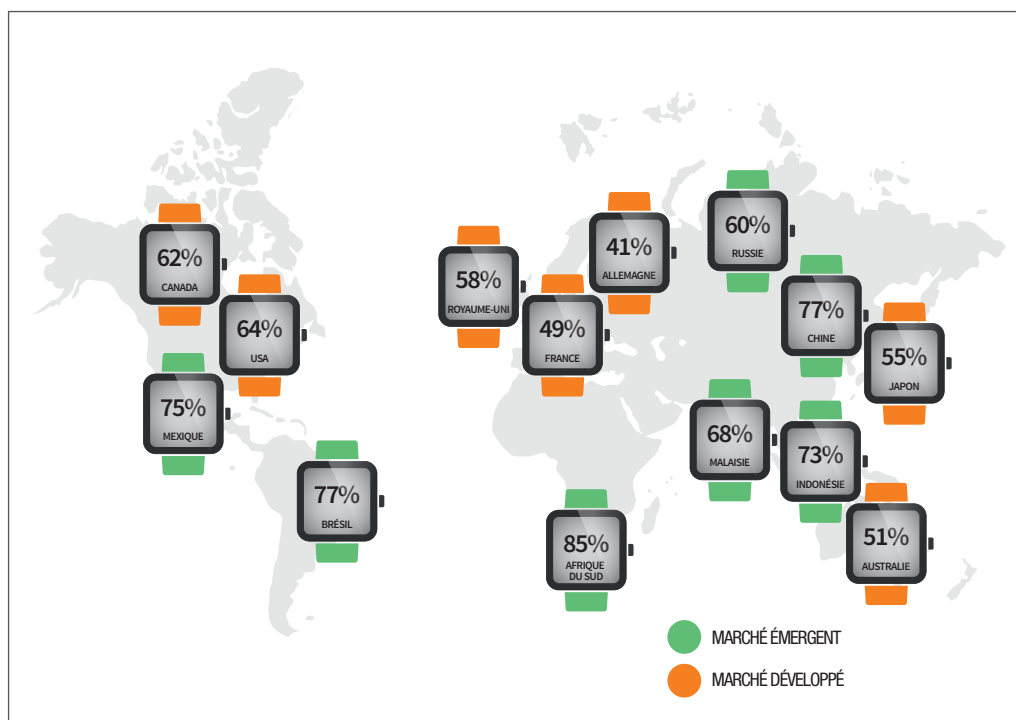
Ce que cela implique : la question n'est pas de savoir s'il faut investir, mais de savoir comment le faire

Dans l'ensemble, nos recherches sur les objets connectés et le bien-être nous indiquent que ces derniers favorisent la croissance et les investissements futurs dans le secteur.

La question, pour les assureurs, est de savoir où et comment investir pour s'assurer que les propositions présentent des avantages en termes de prix ou de sélection, ou offrent une véritable différenciation en termes de produits et de souscriptions. Il est essentiel que les assureurs profitent de cette occasion d'échanges fréquents auprès des assurés, afin de redéfinir à leur avantage la perception de la valeur de l'ensemble de leurs clients, et pas uniquement de ceux qui déclarent un sinistre. Il est temps de s'éloigner des sempiternelles écarts de protection pour réellement commencer à se préoccuper des écarts concernant les échanges.

En effet, plusieurs exemples d'innovation se sont déjà illustrés dans ce domaine, comme par exemple la plate-forme française *Umanlife*, dédiée au bien-être. Indépendante de tout périphérique, la solution eHealth agrège et

Figure 16 : Désir de partager les données de votre dispositif portable avec un assureur dans le but d'obtenir des réductions



Question : Seriez-vous prêt à partager les informations de votre dispositif portable avec votre assureur, afin d'obtenir une réduction sur vos primes d'assurance ?

centralise les données d'applications mobiles et d'appareils connectés sur une seule plate-forme. Les données brutes sont condensées afin de fournir au client des conseils personnalisés – avec des modules allant du suivi de grossesse à la pratique sportive ludique.

Nous pensons qu'il s'agit là d'une découverte clé de cette recherche : le bien-être et les objets connectés permettent de proposer des produits innovants qui améliorent fortement le dialogue, mais également l'expérience client et la rentabilité du produit. Une approche pertinente du partenariat, ainsi qu'un réel engagement à construire une offre véritablement intégrée, sont nécessaires pour

réussir. L'intérêt, sur le long terme, concerne l'exploitation de données pertinentes, y compris les données exclusives et les données tierces annexées.

À l'inverse, les assureurs et les réassureurs qui développent en interne et ceux qui commercialisent tardivement des offres indifférenciées courent un risque important.

Les futures Études de consommation internationale continueront de s'intéresser à ce phénomène, car les progrès technologiques et la préoccupation constante de la société pour les modes de vie sains devraient entraîner des développements importants dans ce domaine.

Épilogue : En la marque nous croyons

Bien qu'elle ne soit pas l'objet principal de cette étude, nous avons décidé de partager certains constats concernant la marque. Nous continuerons à explorer le rôle de la marque – notre enquête est, après tout, un processus à long terme largement alimenté par nos lecteurs.

figure 18). Ce résultat massivement favorable aux acteurs établis du secteur souligne le dialogue à long terme nécessaire pour bâtir la confiance et le sentiment de compréhension de la clientèle – depuis les efforts de pédagogie déployés jusqu'aux investissements dans les programmes de bien-être et les objets connectés.

Figure 17 : Descriptions des clients à travers le monde concernant les principales marques d'assurances



Nos résultats démontrent que les attentes des assurés envers la marque sont les mêmes dans le monde entier. Dans la figure 17, la nature subjective du vocable utilisé (« digne de confiance », « meilleur », « bonne ») réaffirme la notion d'aspect fondamentalement émotionnel propre à notre secteur qui, fort heureusement, refuse de se réduire à de simples algorithmes.

L'année dernière, nous observions la forte influence de la marque sur la décision d'achat d'un client, en particulier dans les marchés émergents. Cette année, nous avons constaté la *relative* importance croissante de la marque ; sur tous les marchés, sauf pour les États-Unis, l'influence de la marque a augmenté d'une année sur l'autre.

La marque est emblématique de la proposition. C'est, en substance, le liant dans la relation assureur-assuré. Lorsque les clients sont invités à nommer leur assureur idéal, les marques qui dominent sont anciennes et établies (voir la

Nos résultats suggèrent que la tendance à la croissance de la marque, si elle est effectivement exploitée, pourrait servir à surmonter le déficit de confiance entre l'assureur et l'assuré. « En la marque nous croyons », cela n'a peut-être jamais été aussi vrai.

Figure 18 : Principales marques d'assurance vues par les clients dans le monde entier



Que faut-il faire ?

Thème 1 : Une crise des valeurs et une confiance en berne

L'écart de protection le plus important est peut-être celui entre les intentions du secteur et les perceptions des clients. C'est cet écart que le secteur se doit de combler. Notre enquête montre que pour ce faire, un dialogue à long terme visant à renforcer la confiance est nécessaire et peut être obtenu en :

- Communiquant avec le client par le biais de messages innovants et adaptés
- Agissant de manière contre-intuitive pour accroître l'étendue et la fréquence des échanges
- Investissant dans l'analyse d'experts et dans les capacités de modélisation pour permettre la segmentation de la clientèle et la diffusion d'informations pertinentes et exploitables
- En défendant le secteur via les mêmes canaux par lesquels il est attaqué

Thème 2 : La valeur de l'expérience

Une automatisation efficace permet d'offrir des propositions personnalisées répondant aux attentes actuelles des clients. Les assureurs peuvent développer une confiance mutuelle en :

- Offrant au client une parcours numérique simplifié et transparent
- Identifiant les préoccupations propres à chaque marché et en s'adaptant en conséquence à l'aide de solutions et de messages pertinents
- Incorporant l'assistance au client dans le processus de souscription de sorte que ce dernier soit intégré à l'expérience plutôt que de constituer l'ensemble de l'expérience

Thème 3 : Le paradoxe du produit – avoir besoin de savoir ne veut pas dire avoir besoin

Les décalages entre la hiérarchisation des clients et les comportements d'achat pourraient constituer un domaine d'innovation si le secteur s'engage à :

- Approfondir sa compréhension des attitudes, des attentes et des motivations des clients
- Considérer la dynamique de la confiance du point de vue du client
- Prendre la responsabilité de l'éducation des clients (via une communication sans ambiguïté sur les termes et conditions des polices)
- Offrir de multiples options nuancées telles que des configurations personnalisées

Thème 4 : Porter le bien-être à notre poignet

La demande croissante d'initiatives en matière de bien-être et d'objets connectés représente une occasion unique de définir des perceptions de valeur positives pour tous les clients, et pas seulement pour ceux qui prétendent à une prise en charge de sinistre. Notre enquête démontre que :

- L'investissement du côté de l'offre est crucial pour stimuler davantage la demande et pourrait venir influencer les suites données aux sinistres
- La question n'est pas de savoir s'il faut investir, mais de savoir comment le faire
- De nouveaux flux de données pourraient améliorer la souscription
- L'Asie émergente, en particulier, présente une forte demande pour les objets connectés et le bien-être

Endnotes :

* Pour consulter *Pathways to Purchase : Underwriting, automation and the customer journey* rendez-vous à l'adresse remarkgroup.com/insight/ où vous retrouverez notre série d'enquêtes, dont nos Études internationales.

¹ Association of British Insurers. (2015) *UK Insurance and Long Term Savings Key Facts 2015* [online] [Accessed 21 Oct 2016]

² Diagramme complet (marchés développés et émergents)

Importance des différentes polices d'assurance (% le plus important)



³ Kahneman, D., (2011) *Thinking Fast and Slow*, (London : Farrar, Straus and Giroux)

⁴ La théorie de Kahneman s'articule autour des deux systèmes qui conduisent notre prise de décision. Le Système 1 est rapide, intuitif et émotionnel ; le Système 2 est plus lent, plus logique et délibératif.

⁵ Bulletin prévisionnel des données internationales. (2016). [Communiqué de presse](#). [online] [Accessed 21 Oct 2016]

⁶ CCS Insight (2016). [Wearables Momentum Continues](#). [online] [Accessed 24 Oct 2016]

⁷ Valencell, (2016). [National Wearables Survey](#). [online] [Accessed 21 Oct 2016]



SCOR Global Distribution Solutions est une division de SCOR Global Life.

Elle regroupe :

- ReMark, leader mondial de la distribution directe et alternative de produits d'assurance ;



- Velogica, solutions novatrices de souscriptions ;



- Rehalto, pionniers européens du bien-être au travail

SCOR Global Distribution Solutions présente une proposition unique pour investir davantage dans une distribution orientée clients à l'intention des assureurs. Nous mettons à profit notre relation privilégiée avec les assureurs, associée à une connaissance approfondie des clients, pour élaborer et soutenir des stratégies de distribution alliant efficacité opérationnelle interne et expérience client haut de gamme.

À partir de différents business modèles – B2B, B2B2C et D2C – nous proposons des solutions de distribution, de marketing, de souscription, de produits et de gestion des sinistres, toutes soutenues par des outils technologiques de pointe, des analyses de données et des solutions financières.

Nous accompagnons nos partenaires tout au long de la chaîne de valeur dans différents segments du marché : la bancassurance, les assurances traditionnelles vie et santé, les produits « Takaful », ainsi que les groupes financiers et affinitaires.

Cette étude a été conduite pour contribuer au débat professionnel et susciter des échanges en vue de remodeler le marché de l'assurance.

Si vous souhaitez vous exprimer suite à la lecture de ce rapport, n'hésitez pas à nous communiquer vos réflexions.

marcom@remarkgroup.com



ReMark

Maximum Value Creation