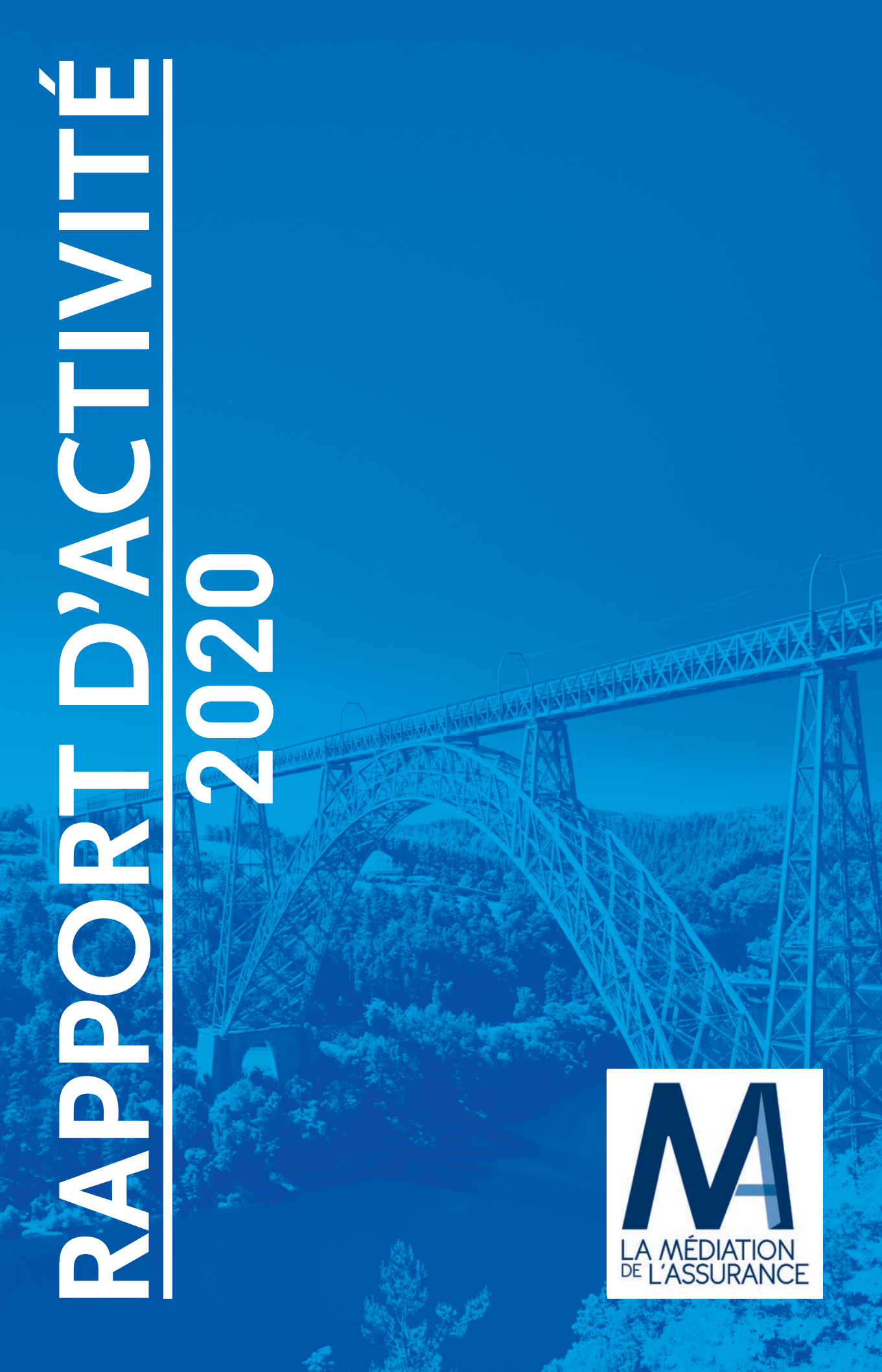
RAPPORT D'ACTIVITÉ 2020



LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

RAPPORT D'ACTIVITÉ
2020

AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE p. 4

1. INTRODUCTION
- Le Mot du Médiateur p. 8
- Les conditions de validité d'une clause d'exclusion p. 20
- Le sort des clauses abusives dans les polices d'assurance p. 26

2. LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE
- La procédure de médiation p. 30
- La Charte du Médiateur de l'Assurance p. 32
- Gouvernance et ressources de La Médiation de l'Assurance p. 34
- L'organigramme de La Médiation de l'Assurance p. 36

3. L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES
- Les chiffres clés p. 40
- Les saisines p. 42
- Les médiations effectuées p. 50

4. LA CRISE SANITAIRE
- Assurances professionnelles et crise sanitaire : un lien de confiance à renouer p. 58
- Les problématiques d'assurance liées à la pandémie de Covid-19 p. 64

5. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

A. La relation contractuelle
- Les objets de valeur peuvent faire l'objet d'un capital spécifique p. 74
- Le courtier doit adapter sa proposition d'assurance après la visite de risque p. 76
- Les limites au devoir de conseil de l'intermédiaire p. 78
- La garantie ne peut être refusée pour des motifs non prévus dans le contrat p. 79
- Il faut toujours assurer son véhicule même s'il ne roule plus p. 80
- Les variations dans la déclaration de sinistre peuvent être sanctionnées p. 81
- L'altération des relations commerciales : un motif de résiliation recevable ? p. 82

B. Le sinistre
- La nécessaire mise en œuvre des moyens de protection contre le vol p. 86
- Pertes de loyers : le logement est-il devenu inhabitable ? p. 87
- L'imprudence n'exclut pas nécessairement l'indemnisation p. 88
- Il faut conserver les preuves du sinistre p. 89
- Pas de vétusté en matière de responsabilité civile p. 90
- L'assureur doit délivrer un portable identique à l'appareil garanti p. 91
- La maladie existait-elle avant la réservation du voyage ? p. 92

6. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

A. La relation contractuelle
- L'exigence de précision des questionnaires de santé p. 98
- L'assurance vie mixte : un même contrat pour deux garanties distinctes p. 100
- Les exclusions opposables au bénéficiaire d'une assurance pour compte p. 102
- Le courtier doit délivrer son conseil avec promptitude p. 104
- La révocation des bénéficiaires par testament p. 105
- Quand on change de banque, peut-on être exclu d'un contrat collectif ? p. 106

B. La mise en œuvre du contrat
- L'assuré doit répondre exactement aux questions sur son état de santé p. 110
- Pas de fausse déclaration sans questionnement précis p. 111
- Le capital du contrat obsèques sert d'abord à régler les funérailles p. 112
- L'assurance temporaire décès est un contrat de prévoyance p. 113
- C'est ce qui a été convenu à la souscription qui s'applique p. 115
- Qu'est-ce qu'un accident corporel ? p. 116
- Les clauses d'exclusion sont insusceptibles d'interprétation p. 117

7. UN CAS À PART
- Comme chien et chat p. 120

8. ANNEXES
- La Charte du Club des Médiateurs de Services au Public p. 124
- La Médiation de l'Assurance à l'international p. 126
- Textes de référence p. 127
- Adresses utiles p. 128

9. INDEX p. 129

AVANT-PROPOS



Corinne DROMER
Présidente du Conseil d'Administration de la Médiation de l'Assurance

Présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)

La médiation est une méthode de règlement des litiges, basée sur le dialogue, qui a été fortement encouragée depuis plusieurs années par les Pouvoirs publics – la dernière avancée étant l'instauration d'une médiation ou conciliation obligatoire avant toute saisine de la justice, pour les litiges inférieurs à 5 000 euros, que l'on soit un particulier ou un professionnel – et on peut souhaiter que le législateur n'hésite pas, le cas échéant, à renforcer et élargir encore le recours à ce mode de règlement des litiges, souple et moderne.

Processus de négociation reposant sur la liberté et la responsabilité des parties, la médiation porte des valeurs fortes d'indépendance et d'impartialité qui permettent de conserver ou de restaurer si nécessaire, le lien de confiance entre le particulier, le professionnel et l'entreprise avec laquelle porte le contentieux. Que l'on soit du côté du requérant ou de l'entreprise visée, la médiation est une chance pour chacun d'entre nous.

La crise sanitaire s'est conjuguée avec la volonté des Pouvoirs publics d'encourager le recours à la médiation, si bien que la Médiation de l'Assurance (LMA), gratuite pour l'assuré, a vu une très forte hausse des saisines en 2020 (+18 %). En outre, le 7 décembre 2020, le ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, Bruno Le Maire, a souhaité une généralisation de l'accès à la Médiation de l'Assurance pour les assurances professionnelles, c'est-à-dire souscrites par un commerçant, artisan, travailleur indépendant, ou une PME – même si dans la pratique, certains assureurs avaient déjà accepté, sur une base volontaire, que leurs assurés professionnels puissent saisir LMA. Cette nouvelle mission a encore amplifié les saisines au premier semestre 2021 puisque les équipes de LMA travaillent désormais sur un rythme de 20 000 saisines par an, faisant de la Médiation de l'Assurance l'une des plus importantes de France par le volume traité.

Au nom du Conseil d'Administration, je félicite notre Médiateur, Arnaud Chneiweiss, en poste depuis mars 2020, et son équipe pour les nets progrès dans la réduction des délais des réponses faites aux assurés. Malgré la hausse spectaculaire des saisines et le contexte de crise sanitaire qui a obligé au déploiement massif du télétravail, des progrès – très nécessaires – peuvent être constatés. Fin 2019, le délai de réponse de LMA était de presque 13 mois en moyenne, ce qui était beaucoup trop long. Fin 2020, il est revenu à 9 mois et demi grâce à une hausse de 16 % du volume de propositions de solution. Pour fin 2021, l'objectif est de passer à moins de 8 mois et là encore, ce n'est qu'une étape vers des délais mieux maitrisés.

Par ailleurs, Bruno Le Maire a demandé à Arnaud Chneiweiss un rapport sur les assurances professionnelles et la crise sanitaire. Les travaux de la Médiation de l'Assurance ont porté pour l'essentiel sur la prise en charge des pertes d'exploitation, point clé du rapport au Ministre et pour lequel les enjeux financiers sont importants, mais aussi sur des demandes de réduction de la prime d'assurance liées à une réduction de l'activité professionnelle. Ces travaux ont été menés en toute indépendance et en toute impartialité, apportant aux parties des réponses équilibrées qui forgent la crédibilité des équipes de la Médiation de l'Assurance.

Ce rapport a montré également que les professionnels rencontrent les mêmes difficultés récurrentes, liées à la complexité des contrats d'assurance, que les assurés personnes physiques : manque de clarté dans la formulation des garanties, longueur des documents contractuels, clauses qui semblent parfois contradictoires… Tout ceci concourt à rendre fragile le lien de confiance qui unit l'assuré à son assureur. Les directives européennes ont bien tenté, avec les documents d'information précontractuels, de rendre plus lisibles ces contrats, mais trop souvent l'incompréhension demeure, comme le montrent les nombreux cas relevés par le Médiateur.

Nous devons donc valoriser l'incroyable richesse représentée par les milliers de cas concrets traités tous les ans. Cette connaissance précise des difficultés de la relation client, à toutes ses étapes depuis la souscription du contrat jusqu'au règlement du sinistre, doit être utilisée tant vers les assureurs que vers les assurés.

Que de défis ! Le Conseil d'Administration et moi-même faisons entière confiance à notre Médiateur, Arnaud Chneiweiss, et à son équipe pour les relever. ■



1

INTRODUCTION

LE *SOFT POWER* DE LA MÉDIATION



Arnaud CHNEIWEISS
Le Médiateur de l'Assurance

« Quand on ne peut pas être une puissance, on peut être un exemple. »
Albert Camus

Il me semble que cette belle phrase s'applique bien à la Médiation de l'Assurance (LMA). Nous devrions traiter environ 20 000 saisines en 2021, et on peut se dire que *« c'est bien peu, par rapport aux 13 millions de sinistres réglés rien qu'en assurance dommages tous les ans »*.
Un assureur, courtier, agent général, gestionnaire de patrimoine – toutes ces catégories forment les adhérents de LMA – peut refuser ponctuellement d'entrer en Médiation et il peut encore, à l'issue du processus, refuser de suivre ma proposition de solution.

Pourquoi s'intéresser à une Institution aux pouvoirs d'apparence si limités ?

Parce qu'il semble qu'elle puisse avoir une certaine influence, au point que le ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, Bruno Le Maire, a fait publiquement part le 7 décembre 2020 de sa satisfaction quant à la manière dont la Médiation de l'Assurance contribue à apaiser la relation entre assureurs et assurés particuliers, et souhaité que son action se généralise aux assurances professionnelles.

Autre indice : les assureurs et courtiers sont libres de suivre ou non nos « propositions de solution » et je n'ai pas d'objectif chiffré en la matière. Nous exprimons la position que nous considérons juste, en droit ou en équité, et le professionnel comme l'assuré sont alors libres de la suivre ou non, éventuellement de préférer aller en justice. Il se trouve que les assureurs et intermédiaires d'assurance suivent nos propositions de solution dans 99,7 % des cas. Cela témoigne d'une certaine crédibilité de nos positions, qui font parfois jurisprudence lorsqu'existe un vide législatif(1).

Cette crédibilité repose sur deux composantes : notre indépendance et notre compétence.

L'indépendance d'abord. Si nous ne sommes pas perçus comme indépendants, les assurés n'ont pas de raison de se tourner vers nous. Je remercie à cet égard le Conseil d'Administration, et tout particulièrement sa Présidente Corinne Dromer, pour sa défense farouche et constante de notre indépendance. Des pressions peuvent exister dans les dossiers à fort enjeu financier, ne le cachons pas. Il est précieux de se savoir ainsi soutenu.

La compétence ensuite. Si nous ne sommes pas reconnus comme compétents, les assureurs et intermédiaires d'assurance n'ont pas de raison de suivre massivement nos positions comme ils le font. **C'est cette crédibilité qui fait l'utilité de la Médiation de l'Assurance.**

Les avantages d'un système de médiation sont je crois bien connus – souplesse, rapidité par rapport à une action en justice, gratuité pour l'assuré – et c'est pourquoi a) la directive européenne du 21 mai 2013 relative au règlement extra-judiciaire des litiges de consommation l'a imposé pour toute l'Union Européenne dans les relations entre les consommateurs et les professionnels, tous secteurs confondus, b) la loi sur la modernisation de la justice adoptée en 2019 impose, pour les litiges inférieurs à 5 000 euros, le passage préalable par une Médiation ou une conciliation avant de saisir les tribunaux, c) le ministre de la Justice souhaite le développement des formes de Médiation pour désengorger les tribunaux.

À ces atouts classiques, s'ajoute le fait de jouer un rôle de tiers de confiance, dans le contexte français contemporain, marqué par une *« société de défiance »*(2), de plus en plus fragmentée(3). Nous le voyons bien à la Médiation de l'Assurance, où nous constatons la défiance envers l'expert envoyé par l'assureur : est-il bien indépendant dans son analyse des dommages à prendre en compte ? – et envers l'assureur : son interprétation du contrat est-elle objective ? – ou le courtier : m'a-t-il bien conseillé ?

Si bien que nous recevons parfois des remerciements d'assurés à qui nous avons donné tort sur le fond mais qui sont heureux qu'un tiers de confiance ait vérifié que le contrat avait été correctement appliqué.

Les entreprises d'assurance ont beaucoup d'atouts pour apparaître comme des repères de confiance : par leur solidité financière, elles sont un point de stabilité dans un monde troublé, revendiquant une capacité à faire face à des engagements pris sur le long terme (retraite, dépendance) ; ce sont des acteurs de proximité, par leurs réseaux de distribution et leurs assisteurs venant porter secours dans des cas urgents.

Pourtant, nous voyons bien la défiance dans les cas qui arrivent jusqu'à nous – en gardant à l'esprit que nous ne voyons que « les trains qui déraillent » – et la crise sanitaire n'a malheureusement guère permis de corriger ce sentiment, c'est-à-dire de prouver que l'assureur est bien là « en cas de coup dur ». Les professionnels de l'assurance devraient donc s'interroger sur ce qui conduit parfois à cette défiance dont ils font l'objet dans les saisines qui nous sont soumises, attitude qui naît souvent d'une insuffisance de communication, d'explication, d'empathie.

17 350 SAISINES EN 2020, EN HAUSSE DE 18 % SUR UN AN

La Médiation de l'Assurance est l'une des plus importantes médiations de la consommation en France par le volume traité. Il faut faire face à cet afflux. Apporter une réponse personnalisée, soit pour dire que la saisine est prématurée si l'assuré n'a pas encore tenté de résoudre son litige avec l'assureur, soit pour l'instruire sur le fond.
Il faut prendre le temps d'ouvrir les courriers reçus, lire les messages envoyés sur internet décrivant pourquoi on saisit le Médiateur. Ils disent les attentes placées en nous *(« vous êtes mon dernier recours », « je n'ai pas le luxe de m'offrir un avocat, ne me laissez pas sans aide »)*, les espoirs parfois excessifs, les **frustrations causées par une relation client défaillante** – en

(1) Voir par exemple, « Le rachat d'un contrat Madelin est possible en cas d'expiration des droits au chômage », étude de cas publiée le 4 août 2020 sur le site internet de LMA.

(2) Voir : « La société de défiance, comment le modèle social français s'autodétruit », Yann Algan et Pierre Cahuc, Éditions Rue d'Ulm, 2016 ; et « La fabrique de la défiance », Yann Algan, Pierre Cahuc et André Zylberberg, Le livre de Poche, 2013.

(3) « L'archipel français », Jérôme Fourquet, Points, 2020.

tout cas manquant d'empathie et de pédagogie dans les cas qui arrivent jusqu'à nous.

Notre appréciation est biaisée à la Médiation de l'Assurance : nous ne voyons que des cas posant problème, ceux où la détermination des assurés, leur sentiment d'injustice ou d'incompréhension les ont poussés jusqu'à nous. Et ils ont parfois eu raison de faire preuve de cette ténacité puisqu'en 2020 la Médiation de l'Assurance leur a donné raison, en tout ou partie, dans 30 % des cas.

Si bien que ces 17 350 saisines de l'année 2020 peuvent être vues non pas comme une tête d'épingle négligeable mais comme la partie émergée de l'iceberg. Car il a fallu beaucoup d'énergie aux assurés pour saisir la Médiation de l'Assurance, tout particulièrement si c'est via un intermédiaire (courtier, banquier…) que l'assurance a été souscrite. Il faut actuellement au moins deux réponses négatives de l'assureur, dont celle du service Réclamations, ou deux mois de silence de l'assureur devant la réclamation de l'assuré, pour que les recours internes soient considérés comme épuisés et que l'on puisse se tourner vers la Médiation.

Cette saisine « en deux temps » résulte d'une recommandation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sur le traitement des réclamations(4), très contestée par les associations de consommateurs, qui ne comprennent pas pourquoi un assuré doit faire face à un parcours plus complexe pour atteindre La Médiation de l'Assurance que, par exemple, le client d'une agence de voyages – qui peut saisir le Médiateur du Tourisme dès le premier refus du professionnel.

Le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) s'est saisi du sujet au premier semestre 2021, en associant à ses travaux la Direction des pratiques commerciales de l'ACPR et le Secrétariat de la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC). L'objectif est de trouver un consensus pour une réforme du processus de saisine des Médiateurs du secteur financier, afin de réduire les délais et de considérer recevables beaucoup plus de dossiers. En effet, aujourd'hui, seulement 30 % des dossiers reçus sont recevables, la plupart des rejets venant du fait que le Service Réclamation de l'assureur ne s'est pas encore prononcé sur le litige.

17 350 SAISINES, COMME AUTANT DE RÉVÉLATEURS DE LA RELATION CLIENT

Notre mission consiste aussi à tirer les leçons de plaintes récurrentes et à dire aux assureurs les dysfonctionnements relevés afin de corriger certaines pratiques, dont certaines nous choquent. Elle est également d'expliquer aux assurés les raisons pour lesquelles, malgré leur étonnement, l'assureur a bien appliqué le contrat souscrit.
C'est pourquoi je suis très attaché au dialogue à construire et entretenir avec toutes les parties prenantes – associations de consommateurs, assureurs, courtiers, agents généraux, gestionnaires de patrimoine… – qu'il s'agisse de rencontres individuelles ou collectives (à l'occasion de la présentation du rapport annuel par exemple). **Je suis indépendant dans les propositions de solution que j'exprime, mais l'indépendance n'exclut pas le dialogue.**

Il est très important d'expliquer nos positions, notre « doctrine » sur tel ou tel point, que cette doctrine soit comprise par tous les acteurs et que nos « propositions de solution » puissent finalement être anticipées par les parties prenantes afin que si possible il n'y ait pas besoin de remonter jusqu'à nous pour résoudre le litige.

Cette pédagogie doit viser le public le plus large. C'est pourquoi j'ai décidé dès mon arrivée d'intensifier la publication d'« études de cas », tous les quinze jours(5), pour fournir des exemples illustratifs de nos positions et de notre action – on trouvera des études de cas de la période 2020/2021 dans la suite de ce rapport. Dans ces publications, nous donnons alternativement raison à l'assureur ou à l'assuré, et nous expliquons pourquoi, dans un vocabulaire le plus simple possible. La Médiation de l'Assurance doit pleinement participer aux actions d'éducation financière, expliquer comment fonctionne un contrat d'assurance, et quels sont les droits et obligations de l'assureur et de l'assuré. Je suis heureux que des médias spécialisés aient établi un partenariat avec nous pour publier dans leurs colonnes certaines de nos études de cas, que des écoles d'assurance relaient nos publications mais aussi que des assureurs ou des associations de consommateurs les citent en référence.

Je constate aussi que nos publications, sur notre site internet et sur les réseaux sociaux, sont de plus en plus suivies.

2020, ANNÉE DE LA PANDÉMIE

La Médiation de l'Assurance a dû s'adapter en urgence à la situation de crise sanitaire (développement massif du télétravail, capacité à travailler à distance grâce aux équipements informatiques adéquats…) et je remercie les services supports du GIE(6) de moyens GPSA(7) qui nous ont aidés à le faire. Les équipes de LMA(8) ont fait preuve d'une implication remarquable, si bien que nos délais de réponse ont été nettement raccourcis bien que les saisines soient en forte hausse.

a) Des délais de réponse réduits

Malgré ces conditions de travail très particulières, malgré l'afflux considérable de saisines(9) (lié en partie à la loi de modernisation de la justice de 2019, imposant d'avoir recours à une procédure de médiation ou de conciliation avant d'aller en justice pour les litiges inférieurs à 5 000 euros ; lié en partie à la crise sanitaire ; peut-être également à une meilleure connaissance de l'existence de la Médiation), je suis heureux de dire que **nous avons nettement réduit nos délais de réponse aux assurés.**

Il s'agit d'une priorité dont nous sommes convenus dès ma prise de fonction au printemps 2020, avec le Conseil d'Administration de LMA d'une part, avec la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) d'autre part.

(4) ACPR, Recommandation 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, modifiée le 6 décembre 2019.

(5) À retrouver sur le site internet : www.mediation-assurance.org et sur le compte LinkedIn de la Médiation de l'Assurance. Je commente par ailleurs régulièrement notre actualité sur mon compte LinkedIn.
(6) Groupement d'intérêt économique.
(7) Gestion Professionnelle des Services de l'Assurance.
(8) La Médiation de l'Assurance compte une cinquantaine de personnes, dont 40 juristes spécialistes du droit des assurances et 7 gestionnaires traitant les 20 000 saisines qui nous arrivent, à 40 % via internet.
(9) Croissance des saisines qui se poursuit sur le premier semestre 2021 : +33 % à fin mai 2021 par rapport à fin mai 2020.

Le délai moyen de traitement, qui était de presque 13 mois fin 2019, est revenu à 9 mois et demi fin 2020. L'objectif est qu'il soit inférieur à 8 mois fin 2021.

Par ailleurs, aucun dossier n'était traité fin 2019 dans les 90 jours, délai mentionné par le Code de la consommation comme étant à respecter à moins que le cas ne soit complexe. À fin 2020, 10 % des propositions de solution ont été rendues dans ce délai. L'objectif est d'atteindre 25 % à la fin 2021.

Pour ce qui est des dossiers liés à la crise sanitaire, nous avons mis en place une organisation particulière si bien que tous ces dossiers ont été traités dans les délais : 78 jours en moyenne pour les dossiers relevant de l'assurance dommages (annulations de voyage, garanties des pertes d'exploitation des professionnels, demandes de baisse des primes d'assurance automobile…) et 76 jours pour les dossiers relevant de la prévoyance (arrêts de travail de personnes se considérant vulnérables).

Toute l'équipe de La Médiation de l'Assurance est parfaitement consciente de l'enjeu.

Nous savons que nos positions – toujours pesées, toujours prises collégialement(10) – sont attendues par les assurés, pour qui les enjeux financiers peuvent être lourds, et nous avons réformé notre organisation pour aller vers plus d'efficacité.

b) Les dossiers liés à la pandémie

Dans le contexte de crise sanitaire, le ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, Bruno Le Maire, et la Profession de l'assurance se sont entendus le 7 décembre 2020 pour **généraliser l'accès à la Médiation en étendant la possibilité de la saisir pour les assurances professionnelles.** C'est une belle preuve de confiance qui a été ainsi adressée à la Médiation de l'Assurance.

Ces accords du 7 décembre 2020 ne sont pas une révolution mais la généralisation à toute la Profession de l'assurance d'une pratique qui reposait jusqu'alors sur le volontariat. La directive de l'Union Européenne de 2013(11) est en effet d'abord conçue pour protéger les consommateurs personnes physiques lors de l'établissement de leurs contrats. Cependant, dès la création de l'Association « La Médiation de l'Assurance » fin 2015, qui reprenait les activités précédemment exercées par les Médiations des syndicats professionnels FFSA(12) et GEMA(13), lesquels ont donné naissance en 2016 à la Fédération Française de l'Assurance (FFA), la plupart des assureurs actifs sur le marché des assurances professionnelles (citons AXA, Generali, MAAF, MMA, Groupama, Crédit Agricole Assurances, Macif, SMABTP…) avaient décidé, sur une base volontaire, d'ouvrir l'accès à la Médiation à leurs assurés petites et moyennes entreprises, commerçants, artisans, travailleurs indépendants.

La décision du 7 décembre 2020 est donc la généralisation de cette pratique, et les assureurs qui n'avaient pas encore ouvert cette possibilité ont mis en œuvre le nouveau dispositif – comme par exemple Allianz ou Cardif (Groupe BNP Paribas).

Cette décision répond à une attente : les saisines d'assurés professionnels ont plus que doublé au cours des deux dernières années, représentant désormais 4 % des saisines de la Médiation de l'Assurance – et 6,2 % des saisines en matière d'assurance de biens et de responsabilité(14).

L'essentiel des dossiers venant d'assurés professionnels a porté sur la garantie pertes d'exploitation. Ayant remis en juillet 2021 un rapport au ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance sur le sujet, je renvoie à la lecture de celui-ci(15). On trouvera dans ce rapport nos constats et recommandations pour une relation plus apaisée entre assureurs et assurés professionnels.

Pour ce qui concerne les particuliers, les dossiers ont concerné :

■ **En assurance dommages**

Les assurés personnes physiques ont saisi la Médiation de l'Assurance d'abord à propos des assurances **« annulation de voyage »**, qui représentent 43 % de nos saisines liées à la pandémie. Les propositions de solution rendues ont été pour 19 % favorables à l'assuré (parmi lesquelles 8 % de propositions formulées au titre de l'équité) et 81 % ont confirmé la position de refus de l'assureur. Dans ce type de contrats, les épidémies et pandémies font souvent l'objet d'une exclusion contractuelle, de sorte que l'assureur a décidé de ne pas garantir les annulations de voyage consécutives à ces évènements et il ne m'est alors pas possible d'aller dans le sens de l'assuré. En outre, la peur de voyager du fait du développement de l'épidémie dans le pays de destination n'est pas un motif suffisant de prise en charge par l'assureur. Ces contrats d'assurance de type affinitaire sont souvent très restrictifs. Par exemple, être malade au moment du voyage ne suffit en général pas pour déclencher l'indemnisation. Les contrats prévoient souvent que la garantie ne jouera qu'en cas d'hospitalisation de plusieurs jours ou d'arrêt de travail.

D'autres demandes inhabituelles d'assurés, en **assurance automobile** ou **scolaire** par exemple, étaient directement liées à la crise sanitaire, en particulier aux périodes de confinement : diminution des cotisations en raison d'une baisse d'utilisation du véhicule, interruption de scolarité lors de la fermeture des établissements scolaires…

■ **En prévoyance**

En prévoyance, les garanties ayant pour objet de compenser la perte de revenus liée à un arrêt de travail consécutif à un accident, une maladie, ou une invalidité n'ont pas vocation à s'appliquer pour toutes les situations de suspension de l'activité professionnelle. Dans ce contexte inédit de crise sanitaire, ce type de contrat ne peut s'appliquer indifféremment pour l'arrêt de travail d'un assuré effectivement atteint du virus SARS-CoV-2 et un arrêt de travail dit « de prévention ».

(10) Pour les dossiers estimés « simples » lors de leur réception, qui représentent environ le tiers de l'ensemble de nos dossiers, deux personnes seront impliquées, un juriste confirmé et le signataire, c'est-à-dire la Secrétaire Générale de LMA, Marie-Cécile Letzelter, qui a délégation de signature, ou moi. Pour les dossiers plus complexes, trois à cinq personnes peuvent être impliquées dans le processus de décision.
(11) Directive 2013/11/UE du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation
(12) Fédération française des sociétés d'assurances.
(13) Groupement des entreprises mutuelles d'assurance.

(14) Chiffres sur les cinq premiers mois de 2021.
(15) « Les assurances professionnelles et la crise sanitaire : renouer un lien de confiance », rapport présenté par Arnaud Chneiweiss, médiateur de l'Assurance, au ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance en juillet 2021.

Cependant, les mesures exceptionnelles mises en place par les Pouvoirs publics afin d'assurer la protection des personnes dites « vulnérables », notamment la recommandation du confinement à domicile à titre préventif, ont permis l'indemnisation dans des cas qui n'entraient pas dans le champ d'application des contrats, en particulier lorsque l'assuré répondait à l'un des critères de vulnérabilité en vigueur et était atteint d'une pathologie reconnue officiellement comme affection de longue durée (ALD).

La plupart des assureurs ont respecté les recommandations émises par la Fédération Française de l'Assurance (FFA) et sont même, pour certains, allés au-delà en favorisant les gestes commerciaux.

Sur la totalité des saisines soumises à la Médiation de l'Assurance, 12 % concernent des assurances de personnes dont les litiges se cristallisent principalement sur cette notion de « personne vulnérable ».

On notera que, pour l'instant, les saisines portant sur les contrats de retraite et les complémentaires santé sont plus marginales.

On trouvera dans ce rapport une analyse détaillée de ces situations nouvelles, que nous avons eu à examiner en lien avec la crise sanitaire.

POINTS D'ATTENTION

J'ai expliqué dans le rapport annuel publié l'année dernière(16) les principaux éléments de la grille d'analyse de la Médiation de l'Assurance quand un litige nous est soumis, que les arguments aient été soulevés ou non par les parties : le consentement de l'assuré au contrat est-il clair ? A-t-il bien reçu les informations et documents nécessaires ? Le devoir de conseil a-t-il été bien mis en œuvre ? Y a-t-il une clause abusive, c'est-à-dire un « déséquilibre significatif » dans la relation ? Les clauses d'exclusion sont-elles précises, ne laissant pas de place à l'interprétation ? Si l'assureur affirme qu'on lui a menti lors de la souscription du risque, a-t-il posé des questions précises qui permettent de confirmer cette vision ? Y a-t-il une place au doute, lequel doit profiter à l'assuré ?
Je ne vais donc pas revenir sur ces points, si ce n'est pour dire que vous en trouverez des illustrations pratiques dans les études de cas de ce rapport, ainsi qu'une note spécifique sur les clauses abusives vues à la Médiation(17).
Je souhaite en revanche insister sur deux sujets.

a) Les clauses d'exclusion floues

Il n'est pas acceptable que persistent aujourd'hui dans les contrats des clauses dont l'invalidité a été reconnue (parfois de longue date) par la Cour de cassation. Depuis ma prise de fonction il y a un peu plus d'un an, je me bats contre les clauses d'exclusion floues, comme celles relatives au *« défaut d'entretien »*(18), concept trop vague pour que l'assuré puisse connaître exactement l'étendue de sa garantie. Quand l'assureur veut opposer des notions comme *« la négligence »* ou le fait que la maison n'a pas été construite suivant *« les règles de l'art »*, ce sont des concepts flous, condamnés à ce titre par les tribunaux puisque le Code des assurances exige de ces clauses qu'elles soient d'une part en caractères très apparents, d'autre part *« formelles et limitées »*, c'est-à-dire précises. On ne doit pas avoir à interpréter des clauses d'exclusion.

La Profession doit avoir pour priorité de réviser ces clauses d'exclusion afin de faire disparaître celles que je viens de mentionner.

Je comprends les buts poursuivis (responsabiliser l'assuré en le rendant acteur de la prévention du risque, lutter contre la fraude…) mais ceci ne peut passer par l'opposition à l'assuré de clauses explicitement condamnées par les tribunaux, y compris notre plus haute Juridiction.

On trouvera dans le rapport une note spécifique sur ce point(19).

J'insiste sur ce point parce ce que je suis choqué d'une part que la Profession ne tire pas les conséquences des décisions de justice sur cette question, ce qui ne peut que nuire à son image ; d'autre part car le sujet est en pleine actualité : le débat sur la validité des clauses d'exclusion est au cœur des litiges pendants devant les tribunaux à propos des garanties pertes d'exploitation des restaurateurs.

b) Les assurances affinitaires

Les litiges en matière d'assurances affinitaires (téléphones portables, annulations de voyage…) représentent une part encore disproportionnée des saisines. À propos des « produits nomades », et en particulier des téléphones portables, nous traitons régulièrement des cas où les assurés contestent avoir souhaité adhérer à un contrat d'assurance, en point de vente, en complément de l'achat d'un bien ou d'un service.

Dans ces litiges, l'assuré constate souvent un débit sur son compte bancaire plus de quatorze jours après la souscription, correspondant au délai de rétractation fixé par le Code de la consommation. L'assureur lui indique alors que le contrat lie les parties pour un an.

Dans l'étude de ces dossiers, on peut valablement s'interroger d'une part sur la remise effective des documents au souscripteur, et d'autre part sur la qualité de l'information apportée par le vendeur du bien principal. Une meilleure formation de ces intermédiaires est une priorité.

Par ailleurs, je considère le délai de quatorze jours pour se rétracter trop court. Il devrait être étendu à un mois.

Les litiges en assurance « annulation de voyage » – indépendamment des problématiques liées à la pandémie de Covid-19 qui seront analysées spécialement dans ce rapport – restent eux aussi une source importante de demandes d'intervention de LMA.

Ils prennent pour l'essentiel leur origine dans une incompréhension quant à la date d'annulation à prendre en compte pour bénéficier de la garantie. Souvent, l'assuré procède à l'annulation de son voyage à compter du jour

(16) Rapport d'activité 2019 de La Médiation de l'Assurance, publié le 25 septembre 2020.
(17) Voir p.26 « Le sort des clauses abusives dans les polices d'assurance ».
(18) Clause condamnée avec régularité par la Cour de cassation depuis plus de vingt ans.
(19) Voir p. 20 « Les conditions de validité d'une clause d'exclusion ».

où il a été explicitement informé que son état physique ne l'autoriserait pas à voyager alors que l'assureur a tendance à considérer la date de la première constatation médicale, qui n'entraîne pas forcément à une impossibilité de voyager. Dans ces dossiers, je suis régulièrement conduit à rappeler à l'assureur que la date de survenance du sinistre est la *« date à laquelle le voyage est formellement déclaré incompatible avec l'état de santé »* par une autorité médicale.

Ces contrats sont par ailleurs souvent très restrictifs – par exemple, la garantie ne sera mise en œuvre que si l'assuré est hospitalisé, un simple certificat médical n'étant pas suffisant. Ceci crée beaucoup de frustrations chez les assurés de bonne foi, qui pensaient être couverts mais n'ont pas lu précisément les termes de la garantie. Nous sommes dans ces cas conduits à donner raison à l'assureur, le contrat ayant été ainsi convenu entre les deux parties.

c) La pratique de l'équité

C'est la chance que j'ai en tant que Médiateur, de pouvoir aller au-delà de la lecture littérale et stricte du contrat, quand j'estime, avec l'équipe LMA, que cela est nécessaire pour *« rétablir le juste »*(20).

Au cours du premier semestre 2021, j'ai donné raison à l'assuré, au nom de l'équité, dans un peu plus de 6 % des cas, contre 3,5 % des dossiers en 2020.

Certaines associations de consommateurs me disent que je dois en faire plus et me demandent de fixer des objectifs de croissance du nombre de ces propositions de solution formulées en équité. Je leur réponds que se fixer des objectifs chiffrés de propositions de solution en équité n'aurait pas de sens. C'est au cas par cas qu'il convient de s'interroger sur l'opportunité d'une position en équité.

Je souhaite aussi rappeler que nous avons des marges d'interprétation pour aller dans le sens de l'assuré tout en appliquant strictement le droit, puisque **le doute doit profiter à l'assuré.**

Rappelons quelques textes du Code civil et du droit de la consommation.

Rappelons d'abord que le contrat d'assurance est un contrat d'adhésion au regard de l'article 1110 du Code civil, qui énonce :
« Le contrat de gré à gré est celui dont les stipulations sont négociables entre les parties.

Le contrat d'adhésion est celui qui comporte un ensemble de clauses non négociables, déterminées à l'avance par l'une des parties. »

Conséquence logique, l'article 1190 du Code civil prévoit que dans le doute le contrat d'adhésion s'interprète contre celui qui l'a proposé :
« Dans le doute, le contrat de gré à gré s'interprète contre le créancier et en faveur du débiteur, et le contrat d'adhésion contre celui qui l'a proposé. »

(20) À l'inverse, le fait que je ne sois pas un juge signifie que mes propositions de solution ne s'imposent pas aux parties. Celles-ci peuvent refuser de me suivre (pour l'assureur, c'est alors au Directeur général de l'entreprise d'assurance de me le dire) et il est possible d'aller devant les tribunaux si le litige persiste après ma Médiation.
En 2020, les propositions de solution ont été suivies par les assureurs dans 99,7 % des cas.

Poursuivons par l'article L.211-1 du Code de la consommation qui indique :
« Les clauses des contrats proposés par les professionnels aux consommateurs doivent être présentées et rédigées de façon claire et compréhensible.
Elles s'interprètent en cas de doute dans le sens le plus favorable au consommateur. »

Ces principes de droit nous conduisent à constamment nous interroger dans l'examen des litiges sur l'existence d'un doute ou non : les documents contractuels ont-ils été remis ? Y a-t-il fausse déclaration sur la nature du risque à couvrir et est-elle intentionnelle ? La clause d'exclusion est-elle floue ?

Il ne faut donc pas se focaliser uniquement sur le pourcentage de propositions de solution en équité pour évaluer si la Médiation de l'Assurance a tenté de corriger le déséquilibre d'informations et de connaissances entre les parties au contrat.

Les assureurs, courtiers et gestionnaires de patrimoine, à l'inverse, sont inquiets : si le Médiateur ne s'en tient pas à une interprétation stricte du contrat d'assurance, où allons-nous ? Le développement de décisions en équité va-t-il être facteur d'insécurité juridique ? Il est donc important de faire preuve de pédagogie pour montrer dans quels cas nous prenons position en équité. Mon sentiment est que je prends position en équité quand l'assureur a appliqué d'une façon procédurière le contrat, et que cette application trop stricte a fait perdre de vue la nature du contrat, sa philosophie, ce pourquoi il a été conclu entre les deux parties. Une autre raison d'accorder une indemnisation en équité est quand le courtier ou l'assureur a manqué de réactivité, causant ainsi un préjudice à l'assuré.

POUR CONCLURE

Dans une société française plus défiante que jamais(21), et alors que les questions d'assurance sont essentielles à la cohésion sociale, la Médiation de l'Assurance a un rôle important à jouer. Pour dire, cas par cas, ce qui apparaît juste, en droit ou en équité. Pour expliquer, apaiser, jouer le rôle d'un tiers de confiance. Pour dénoncer aussi, parfois, des comportements ou des contrats choquants.
Pour y parvenir, alors que nos pouvoirs formels sont limités, nous devons convaincre, par notre indépendance et notre compétence.

Notre action est tendue vers le service à rendre aux assurés. Nous ne travaillons pas sur des « dossiers » abstraits, nous savons que nos réponses sont attendues en général avec impatience par des assurés de bonne foi qui, à tort ou à raison, ont le sentiment de ne pas avoir été bien traités.

Sur le plan quantitatif, les saisines ont crû de plus de 33 % sur un an à fin mai 2021. Quelles que soient les raisons de cette croissance, c'est le signe en tout cas que la possibilité de recours à la Médiation est de mieux en mieux connue – saisine qui peut être faite directement par l'assuré, mais aussi pour son compte, par exemple par une association de consomma-

(21) Voir les enquêtes du Cevipof, « Le baromètre de la confiance en politique ».

LE MOT DU MÉDIATEUR

teurs, un service de protection juridique ou un avocat.

Nous avons par ailleurs de plus en plus d'adhérents : plus de 12 000 professionnels (assureurs, courtiers, agents généraux, gestionnaires de patrimoine…) nous font confiance aujourd'hui pour assurer leur Médiation.

Quelques derniers mots, plus personnels, de remerciements.

Au Conseil d'Administration de LMA, et en particulier à sa Présidente, Corinne Dromer. L'année écoulée a naturellement été exceptionnelle du fait de la crise sanitaire. Les défis et les chantiers se sont accumulés – généralisation de la possibilité pour les PME, commerçants, artisans, travailleurs indépendants de recourir à la Médiation, et cela représente maintenant 4 % de l'ensemble de nos saisines et même plus de 6 % en assurance dommages ; travail dans le cadre du CCSF sur une réforme de la procédure de saisine de la Médiation ; très forte hausse du nombre de saisines avec les défis induits en termes de croissance des ressources humaines ; priorité de la réduction des délais de réponse aux assurés… Le Conseil est très impliqué, attentif au suivi de ces défis, conscient de l'ampleur de nos chantiers.

À l'équipe LMA. Elle a du talent et du potentiel. L'équipe m'a impressionné par son implication malgré les difficultés d'organisation liées à la crise sanitaire.

Pour le **pôle Gestion**, il faut étudier ces **20 000 saisines annuelles** qui sont notre rythme actuel, une par une, pour évaluer si elles sont recevables ou non, **dans le délai de trois semaines** imposé par le Code de la consommation – délai que nous respectons désormais – et solliciter les pièces nécessaires à l'instruction du dossier, auprès de l'assuré s'il manque des éléments importants et auprès de l'assureur. Cette phase de collecte initiale des pièces est cruciale pour la bonne instruction à suivre par les juristes. Désormais, les saisines par internet représentent 40 % de l'ensemble des saisines – contre 27 % en 2019 – et c'est une modalité de saisine que nous encourageons, car elle est source de gain d'efficacité pour nous.

La réactivité des assureurs à nous fournir les éléments est essentielle pour que nous réduisions nos délais de réponse. Nous avons développé un « *benchmark* » qui a vocation à devenir de plus en plus riche pour aider les assureurs à se situer par rapport à leurs collègues quant à leur réactivité à nos demandes. J'espère ainsi créer une saine émulation entre les acteurs, sans avoir à recourir à la pratique du « *name and shame* ».

Les juristes, en 2020, ont produit 16 % de propositions de solution de plus qu'en 2019.

En mai 2021, le volume de propositions de solution est en hausse de 17 % sur un an. C'est le signe des efforts très remarquables mis en place pour que nous gagnions en efficacité, y compris en rédigeant des positions plus courtes, dans un vocabulaire accessible à tous. Nous répondons aux questions des assurés, qui ne sont en général ni des experts de l'assurance ni des spécialistes du droit, et devons le faire avec la plus grande pédagogie possible.

Ces premiers résultats sont très encourageants pour nous permettre de répondre aux défis à venir.

Merci enfin à l'équipe de Direction qui m'entoure, sans qui rien ne serait possible : Aude Picart, responsable du pôle Assurance de Biens et Responsabilité, Marion Chartier, responsable du pôle Prévoyance, Vincent Yahiaoui, responsable du pôle Assurance Vie, Sébastien Masseret-Bergeron, responsable des Statistiques et des Process, Marie-Cécile Letzelter, Secrétaire Générale de la Médiation de l'Assurance, qui est mon complément et a la délégation de signature – sans oublier mon assistante si efficace Latifa Bakkassi.

Je vous souhaite une bonne lecture des études de cas à suivre, n'hésitez pas à les diffuser.

LES CONDITIONS DE VALIDITÉ D'UNE CLAUSE D'EXCLUSION

Nombre de litiges se cristallisent autour de l'application d'une clause d'exclusion. Bien que non exhaustif, cet article a vocation à constituer une grille d'analyse tant pour les assurés en cas de sinistre que pour les assureurs lors de la rédaction des contrats : à quelles conditions une clause d'exclusion est-elle valable ?

LES CONDITIONS

Pour être valable, une clause d'exclusion doit obéir à trois conditions, une de forme, deux de fond.

Sur la forme, une clause d'exclusion doit être mentionnée en caractères très apparents, conformément aux dispositions de l'article L.112-4 du Code des assurances.
Cela signifie que la clause d'exclusion doit ressortir par rapport aux autres clauses du contrat d'assurance. Par exemple, être dactylographiée en gras ou en majuscules tandis que les autres clauses du contrat sont en caractères simples.

Sur le fond, l'article L.113-1 du Code des assurances impose que la clause d'exclusion soit « *formelle et limitée* ». L'étude de la jurisprudence permet de dégager des critères d'analyse de ces deux conditions.

Le caractère formel de l'exclusion suppose que la clause soit claire et précise.
La clarté tient aux termes de la clause, à son intelligibilité. La clause ne doit pas être ambiguë, ce qui permet d'interdire qu'elle soit interprétée (Cass. civ. 1ère, 22 mai 2001, n° 99-10.849).

Ainsi, le Médiateur a pu valider la clause stipulant que « *Sont exclu(e)s : - Les suites, conséquences, rechutes et récidives de maladies ou d'accident antérieurs à la date de prise d'effet des garanties (...)* ». En effet, une telle rédaction ne présente aucune ambiguïté quant aux situations visées, limitativement énumérées. Elle est donc à la fois claire et précise.

La précision tient au contenu de la clause. Seule peut être valable la clause qui se réfère à des faits, circonstances ou obligations définis avec précision « *pour permettre à l'assuré de connaître exactement l'étendue de sa garantie* » (Cass. civ. 1ère, 10 déc. 1996, 3 arrêts, n° 94-22.125, n° 94-16.957, n° 94-21.477).

La Cour de cassation a, par exemple, écarté pour imprécision la clause excluant de la garantie d'un contrat d'assurance habitation la situation dans laquelle l'assuré n'aurait pas agi « *en bon père de famille* » quant à la préservation et la sécurité de l'immeuble (Cass. civ. 1ère, 12 mai 1993, n° 91-17.010).

De son côté, le Médiateur a eu à se prononcer sur une clause qui excluait « *Les demandes qui relèvent de la compétence des organismes locaux de secours d'urgence, tels que SAMU, pompiers, et les frais s'y rapportant* ». Cette clause, insérée dans une garantie assistance monde, pouvait susciter de nombreuses questions quant à ce qu'elle excluait : s'agissait-il uniquement des organismes de secours publics (pompiers, SAMU...) ou englobait-elle les organismes privés (ambulance, taxi médicalisé...) ? Comment l'assuré pouvait-il savoir si sa demande relevait ou non d'un organisme de secours, *a fortiori* dans un pays étranger ? En ne permettant pas à l'assuré de déterminer exactement les situations dans lesquelles il n'était pas couvert, cette clause ne pouvait être considérée comme étant précise.

Le caractère limité de la clause d'exclusion vise à protéger l'assuré contre les exclusions qui seraient d'une ampleur telle qu'elles conduiraient à vider la garantie de sa substance, c'est-à-dire la réduirait à un point tel que la garantie serait finalement inexistante ou infime.

Ainsi, le Médiateur a écarté la clause figurant parmi les « *exclusions spécifiques au Dommage matériel accidentel et à l'Oxydation* » : « *l'oxydation résultant de l'exposition de l'appareil garanti à l'humidité* », tandis que les faits générateurs ouvrant droit à garantie étaient le fait accidentel ou l'oxydation, l'oxydation étant définie comme « *toute exposition à l'humidité nuisant au bon fonctionnement de l'appareil garanti* ». Il apparaissait dès lors que l'exclusion vidait la garantie de sa substance.

La Cour de cassation a également jugé que les clauses d'exclusion qui « *par leur nombre et leur étendue* (...) *aboutissaient à priver de tout effet, l'extension souscrite* » devaient être réputées non écrites (Cass. civ. 1ère, 15 décembre 1999, n° 97-16.104).

Il en découle que la validité d'une clause dépend tant de sa rédaction que de son champ matériel, y compris en l'étudiant au regard des autres dispositions du contrat.

Le Médiateur invite les assurés à vérifier si l'exclusion qui leur est opposée par l'assureur figure en caractères très apparents, est claire et permet de comprendre les hypothèses non couvertes par le contrat et n'annihile pas la garantie.

Si la clause ne répond pas à ces exigences, elle n'est pas valable et ne peut donc leur être opposée.

CLAUSES D'EXCLUSION

LES APPLICATIONS

Voici quelques illustrations de clauses d'exclusion ayant été invalidées ou validées après appréciation des trois conditions de validité.

A) CLAUSES INVALIDÉES

Certaines clauses d'exclusion, bien que sanctionnées de longue date par les tribunaux, figurent encore dans certains contrats d'assurance commercialisés. Ceci est doublement choquant : d'une part, le fait que la clause figure encore dans des contrats alors que la Cour de cassation s'est prononcée sur le sujet ; d'autre part, le fait que les services indemnisation ou réclamation de l'assureur aient pu l'opposer à l'assuré.

Si l'on comprend les buts poursuivis par l'assureur (lutter contre la fraude, faire de l'assuré un acteur de la prévention du risque…), ces buts ne peuvent être mis en œuvre en utilisant une clause explicitement sanctionnée par la plus haute juridiction du pays.

C'EST LE CAS NOTAMMENT DES EXCLUSIONS SUIVANTES :

Exclusion de garantie pour défaut d'entretien

La Cour de cassation a depuis longtemps déclaré nulle la clause excluant la prise en charge de dommages qui proviendraient d'un « *défaut d'entretien ou de réparation indispensable* » du bâtiment, car cette exclusion n'était pas formelle.

Le Médiateur rappelle que de nombreuses décisions ont été prononcées sur la validité des clauses d'exclusion relatives au défaut d'entretien : celles-ci, faute de se référer à des critères précis permettant de savoir ce qu'il convient d'entendre par défaut d'entretien, ne sauraient être considérées comme étant formelles et limitées au sens de l'article L.113-1 du Code des assurances (Cass. civ. 1ère, 29 octobre 1984, n° 83-14.464 ; Cass. civ. 3ème, 12 novembre 2020, n° 19-17.954).

Malgré cette sanction répétée, de très nombreuses polices d'assurance contiennent pourtant encore des clauses excluant « *les dommages résultant d'un défaut permanent et volontaire d'entretien ou d'un manque de réparations indispensables incombant à l'assuré* » ou encore « *les dommages, pertes et dépenses résultant d'une : usure normale, vétusté, défaut ou insuffisance d'entretien, vice propre* » que le Médiateur doit écarter.

Pour cette raison, le Médiateur invite les assureurs à supprimer ces clauses de leurs polices d'assurance ou à en modifier la rédaction en y visant des hypothèses précises de défauts d'entretien.

Exclusion de garantie pour négligence de l'assuré

Certains contrats d'assurance de biens ou de responsabilité contiennent une clause excluant la prise en charge en cas de négligence de l'assuré.

Une clause qui exclut simplement la « *négligence* », sans aucune autre précision, ne peut être considérée comme formelle et limitée, faute de se référer à des critères précis et à des hypothèses limitativement énumérées. C'est pourquoi le Médiateur a écarté une clause ainsi libellée : « *Les exclusions spécifiques à la Garantie Effets Personnels, Argent, Documents de Voyage sont les suivantes : […] Les effets personnels, perdus, volés ou endommagés du fait de votre négligence […]* ». La référence à la seule négligence, notion subjective pouvant faire l'objet d'interprétations différentes, était trop imprécise.

En effet, pour que l'exclusion soit valable, la négligence doit être précisément définie et déterminée dans le contrat, en visant un type de négligence en particulier.

Ainsi une clause visant, sous l'intitulé « *La négligence* », « *Les vols ou tentatives de vols au cas où le conducteur ou le gardien avait laissé les clés à l'intérieur ou sur le véhicule, ou encore à l'intérieur du logement ou d'un local, sans effraction, sauf cas de vol avec menace (home-jacking) dont le souscripteur doit apporter la preuve par tous moyens* » a pu être considérée comme formelle et limitée par le Médiateur, et donc opposable à l'assuré.

Exclusion pour inobservation des règles de l'art

Depuis les années 1970, la Cour de cassation ne considère pas comme formelle et limitée l'exclusion des dommages provenant d'une « *inobservation des règles de l'art* ». En effet, « *les règles de l'art d'une profession ont des*

CLAUSES D'EXCLUSION

Le Médiateur recommande vivement aux assureurs de supprimer de leurs contrats les clauses d'exclusion sanctionnées, parfois de longue date, par la Cour de cassation, telles que celle relative au défaut d'entretien.

contours mal définis et leur inobservation peut donner lieu à des appréciations nuancées » (Cass. civ. 1ère, 8 octobre 1974, n° 73-12.497).

Il en va de même pour une clause qui stipule que « *Sont exclus des garanties les dommages [...], notamment s'il n'a pas observé, de façon raisonnable, les règles de l'art définies dans les documents techniques des organismes compétents, à caractère officiel, ou à défaut par la profession* » qui n'est pas formelle et limitée du fait de l'imprécision des termes utilisés (Cass. civ. 3ème, 15 décembre 1999, n° 98-13.776).

En insérant de telles clauses, l'objectif légitime poursuivi par les assureurs est d'éviter de devoir supporter les conséquences d'une négligence manifeste ou d'un défaut d'entretien caractérisé. Cependant, il leur appartient de conditionner leur garantie au respect d'obligations précises, telles que le respect d'une norme spécifique ou du carnet d'entretien du constructeur.

B) CLAUSES VALIDÉES

Parce qu'elles ont fait l'objet d'améliorations pour les rendre plus claires, précises et limitées, les clauses suivantes ont été validées.

Ainsi, l'exclusion de la garantie en raison de l'imprégnation d'alcool de l'assuré dans le cadre d'une assurance automobile est un exemple de clause d'exclusion qui a su évoluer positivement afin de respecter les exigences de la jurisprudence tout en permettant une parfaite compréhension par l'assuré.

Dans un premier temps, la Cour de cassation (Cass. civ. 1ère, 9 décembre 1997, n° 96-10.592) avait considéré qu'une exclusion de garantie en cas « *d'imprégnation d'alcool* » n'était pas valable. La seule référence à « *l'imprégnation alcoolique* » ne permettait pas de déterminer le taux d'alcool minimal au-delà duquel la clause d'exclusion serait mise en œuvre et « *ne* [mettait] *donc pas l'assuré en mesure de connaître exactement l'étendue de ses droits à garantie* ».

Dans le même ordre d'idée, une clause qui excluait de la garantie « *les maladies ou accidents occasionnés par l'alcoolisme ou par l'usage de stupéfiants hors toute prescription médicale* » n'était pas limitée, et donc invalide (Cass. civ. 2ème, 18 janvier 2006, n° 04-17.872).

Par la suite, les hauts magistrats ont validé la rédaction suivante : « *sont exclues de la garantie, les conséquences d'un acte effectué dans un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par le code de la route, de l'utilisation de drogues, de stupéfiants, tranquillisants non prescrits médicalement* » (Cass. civ. 2ème, 25 octobre 2018, n° 17-31296). La référence à la limite fixée par le Code de la route permettait à l'assuré de savoir avec précision l'état d'imprégnation alcoolique exclu. ●

Étude réalisée par Yonathan Lacombe, élève à l'école de formation du Barreau de Paris

LE SORT DES CLAUSES ABUSIVES DANS LES POLICES D'ASSURANCE

Certains litiges portent sur l'application de clauses contractuelles se révélant abusives, car de nature à créer un déséquilibre significatif entre les droits et les obligations des parties à un contrat d'assurance. De telles clauses doivent être réputées non écrites, et donc écartées.

Pour protéger les consommateurs et les assurés non-professionnels contre l'application, par l'assureur, d'une clause contractuelle qui se révèlerait abusive, le Code de la consommation permet leur censure.

L'article L.212-1 du Code de la consommation dispose que « *Dans les contrats conclus entre professionnels et consommateurs, sont abusives les clauses qui ont pour objet ou pour effet de créer, au détriment du consommateur, un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat [...]* ».

Les articles R.212-1 et R.212-2 du même Code énumèrent les clauses contractuelles devant être regardées, de manière irréfragable, comme abusives, et celles devant être présumées abusives.

L'article L.241-1 dudit Code dispose enfin que de telles clauses sont réputées non écrites.

Attention toutefois : l'appréciation du caractère abusif d'une clause ne peut porter ni sur la définition de l'objet principal du contrat, c'est-à-dire la définition de la garantie, ni sur le prix, pour autant que les clauses soient rédigées de façon claire et compréhensible. Ainsi, par exception, si la clause définissant la garantie est obscure, elle pourra être jugée abusive.

En application de ces articles, le Médiateur a pu estimer abusive la clause d'un contrat d'assurance dépendance qui avait pour effet de reporter le versement de la garantie – normalement due à compter de la réalisation du risque, à une date ultérieure déterminée à la seule discrétion de l'assureur.

Parfois, le caractère abusif d'une clause résulte d'une inversion de la charge de la preuve.

En effet, l'article R.212-1 du Code de la consommation dispose que « *Dans les contrats conclus entre des professionnels et des consommateurs, sont de manière irréfragable présumées abusives [...] et dès lors interdites, les clauses ayant pour objet ou pour effet de : [...] 12° Imposer au consommateur la charge de la preuve, qui, en application du droit applicable, devrait incomber normalement à l'autre partie au contrat* ».

Ainsi, s'il appartient à l'assuré de démontrer que les conditions de la garantie sont réunies, il incombe à l'inverse à l'assureur de prouver qu'une exclusion est applicable pour pouvoir l'opposer à l'assuré. Le Médiateur a rappelé le caractère abusif des clauses ayant pour effet de faire supporter à l'assuré – lorsqu'il s'agit d'un consommateur – la charge de cette preuve. En outre, est aussi irréfragablement présumée abusive, la clause qui laisse le pouvoir à l'assureur de modifier unilatéralement le montant de la prime sans l'accord préalable de l'assuré.

L'article R.212-1 du Code de la consommation précise ainsi que « *Dans les contrats conclus entre des professionnels et des non-professionnels ou des consommateurs, sont de manière irréfragable présumées abusives [...] et dès lors interdites, les clauses ayant pour objet ou pour effet de : [...] 3° Réserver au professionnel le droit de modifier unilatéralement les clauses du contrat relatives à sa durée, aux caractéristiques ou au prix du bien à livrer ou du service à rendre* ».

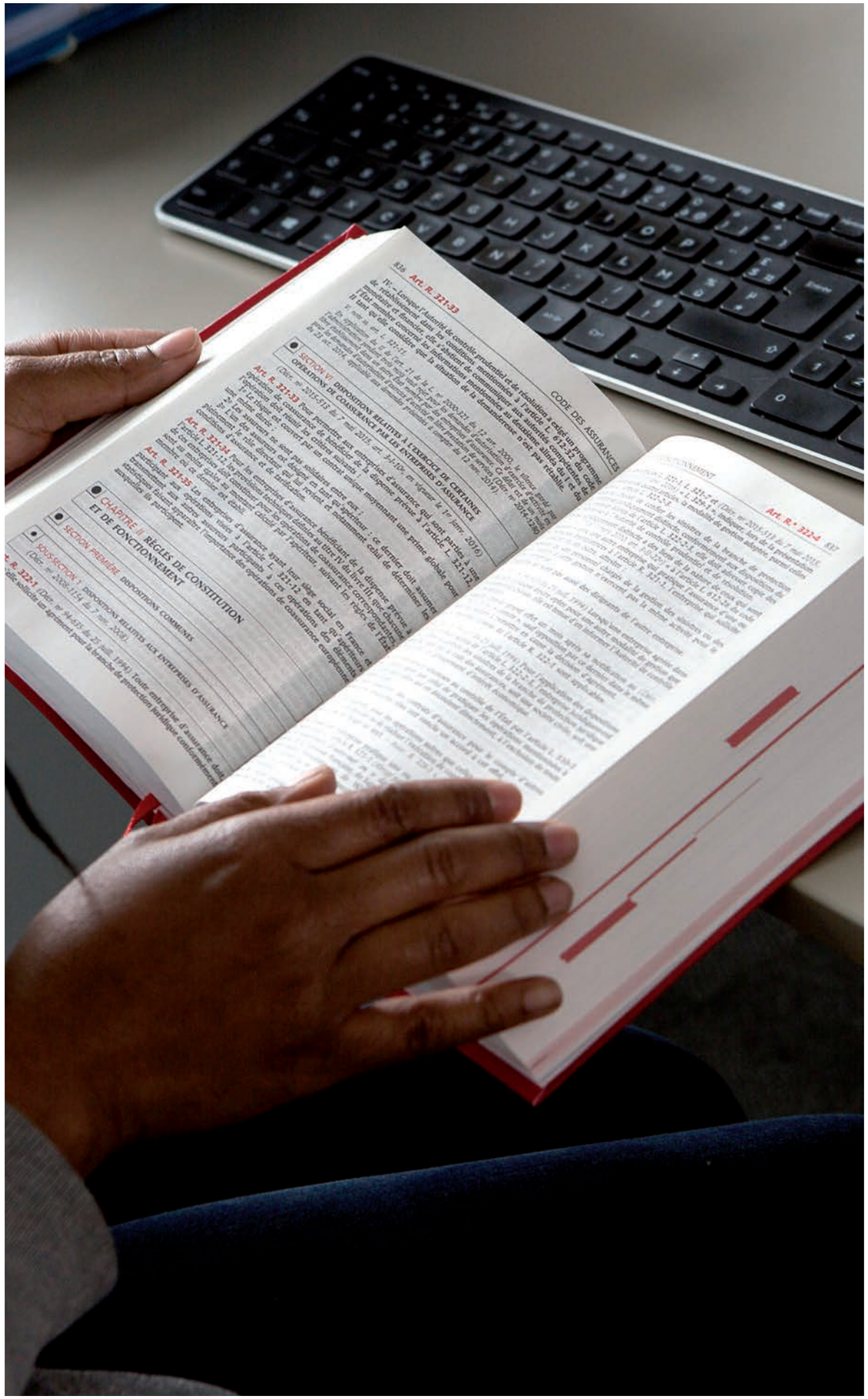
Il a également été précisé par la Commission des clauses abusives dans sa Recommandation n° 85-04, relative aux contrats d'assurance multirisque habitation qu'« *en toute hypothèse l'assureur ne peut sans abus se réserver le droit d'augmenter unilatéralement le taux de la prime pour une cause autre que l'aggravation du risque, sauf au moment du renouvellement du contrat et à condition que l'assuré ait été averti de cette augmentation au plus tard un mois avant le jour où ce dernier sera forclos pour notifier sa volonté de ne pas renouveler le contrat* ».

C'est en ce sens que le Médiateur s'est prononcé pour censurer deux articles de la notice d'information d'un contrat d'assurance complémentaire santé qui disposaient que le montant des cotisations dues au titre des options pouvait être majoré à l'initiative de l'assureur, au 1er janvier de chaque année. ●

Étude réalisée par Yonathan Lacombe, élève à l'école de formation du Barreau de Paris

Les assurés qui estiment que leur assureur leur oppose une clause contractuelle ayant pour effet de lui conférer un avantage significatif au détriment de leurs droits ne doivent pas hésiter à demander au Médiateur d'en écarter l'application.

Le Médiateur recommande aux assureurs de modifier ou de supprimer de leurs polices les clauses contractuelles reconnues comme abusives.



2

LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

LA PROCÉDURE DE MÉDIATION

Quelques étapes importantes avant de saisir le Médiateur

VOUS ÊTES EN LITIGE AVEC VOTRE ASSUREUR OU VOTRE INTERMÉDIAIRE.

Faites part de votre réclamation à votre conseiller habituel.

En cas d'insatisfaction, écrivez au service réclamation du professionnel concerné. Vous trouverez ses coordonnées dans les conditions générales de votre contrat.

En l'absence de réponse dans un délai de deux mois

En cas de désaccord persistant

VOUS POUVEZ SAISIR LE MÉDIATEUR DE L'ASSURANCE.

Comment saisir le Médiateur ?

Rassemblez tous les documents nécessaires.

Envoyez votre dossier au Médiateur de l'Assurance

par internet

par courrier

Le traitement de votre demande

EN CAS DE RECEVABILITÉ, LE MÉDIATEUR TRAITE VOTRE DEMANDE.

Le Médiateur étudie votre dossier et propose une solution.

COMMENT SAISIR LE MÉDIATEUR ?

FORMULAIRE DE SAISINE EN LIGNE :
mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur

OU PAR COURRIER :
La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

Pour faciliter la prise en charge de votre demande, votre dossier doit comprendre :

- un résumé de votre litige,
- le courrier éventuel de votre assureur ou intermédiaire exprimant sa position au sujet du litige,
- les copies des contrats concernés par votre litige,
- vos courriers de réclamation auprès du professionnel (datant de moins d'un an) et les éventuelles réponses apportées.



LA CHARTE DU MÉDIATEUR DE L'ASSURANCE

PRÉAMBULE

L'association La Médiation de l'Assurance a pour objet de mettre à la disposition du consommateur un dispositif gratuit de règlement des litiges pouvant intervenir entre les particuliers et les entreprises d'assurance ou les intermédiaires d'assurance adhérant à la présente Charte et opérant en France, afin de rechercher des solutions amiables aux conflits opposant un consommateur à un assureur ou un intermédiaire portant sur la souscription, l'application ou l'interprétation d'un contrat d'assurance souscrit.

La présente Charte est adressée à toute personne qui saisit le Médiateur. Elle s'inscrit dans le dispositif légal de la médiation des litiges de la consommation, sous le Titre 1 du livre VI du Code de la consommation.

ARTICLE 1 : LE MÉDIATEUR

Le Médiateur de l'Assurance est désigné à l'unanimité, pour un mandat renouvelable de trois ans, par un Comité de désignation composé du Président de l'Institut National de la Consommation, du Président du Comité Consultatif du Secteur Financier et d'un représentant désigné par chacun des membres institutionnels.

Le Médiateur est une personnalité indépendante et impartiale, reconnue pour ses qualités et ses aptitudes dans le domaine de la médiation.

Il accomplit sa mission avec diligence et compétence. Il ne reçoit aucune directive d'aucune partie.

Il dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission.

Il est inscrit sur la liste des médiateurs notifiés à la Commission Européenne, conformément à l'article L.615-1 du Code de la consommation.

ARTICLE 2 : LE CHAMP DE COMPÉTENCE

Le Médiateur peut être saisi par tout consommateur, assuré ou bénéficiaire, d'un litige relatif à la souscription, l'interprétation ou l'application d'un contrat d'assurance.

Les litiges relatifs à la politique commerciale d'une entreprise ne relèvent pas de sa compétence.

Aux termes de l'article L.612-2 du Code de la consommation, le Médiateur ne peut être saisi lorsque :

- Le consommateur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite selon les modalités prévues, le cas échéant, dans le contrat ;
- La demande est manifestement infondée ou abusive ;
- Le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre médiateur ou par un tribunal ;
- Le consommateur a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès du professionnel ;
- Le litige n'entre pas dans son champ de compétence.

ARTICLE 3 : LA SAISINE DU MÉDIATEUR

La procédure de Médiation est écrite.

Le consommateur peut saisir le Médiateur gratuitement :

- Par voie électronique : www.mediation-assurance.org ;
- Par courrier à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur de l'Assurance TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09.

Les parties ont la faculté, à leur charge, de se faire représenter par un avocat, ou un tiers de leur choix, à tous les stades de la procédure.

La procédure et les informations sur les modalités de recours internes à l'entreprise ou l'intermédiaire d'assurance sont transmises par le professionnel. Le consommateur peut saisir le Médiateur si sa demande est restée sans réponse de la part du professionnel à l'issue d'un délai de deux mois ou si le litige persiste après épuisement des modalités de recours mises en place par le professionnel (interlocuteur habituel puis service dédié au traitement des réclamations).

Dans un délai de trois semaines à compter de la réception de la demande, le Médiateur informe le consommateur de la recevabilité ou non de celle-ci. Il peut être amené à solliciter auprès des parties des informations ou documents complémentaires.

ARTICLE 4 : LA PROCÉDURE

Si le Médiateur considère que certaines circonstances sont susceptibles d'affecter son indépendance ou son impartialité, il en informe les parties qui peuvent s'opposer à la poursuite de la procédure.

Le Médiateur est tenu à une obligation de confidentialité. Cette obligation ne peut être opposée à la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) dans le cadre de ses contrôles.

La saisine préalable du Médiateur entraîne la suspension jusqu'à la signification de la solution du Médiateur de tout recours judiciaire initié par le professionnel, à l'exception des actions intentées à titre conservatoire.

À compter de la notification de la recevabilité adressée au consommateur, la prescription est suspendue ; celle-ci court à nouveau à compter de la clôture de la procédure de Médiation, pour une durée qui ne saurait être inférieure à six mois, conformément aux termes de l'article 2238 du Code civil.

ARTICLE 5 : L'ISSUE DE LA MÉDIATION

À compter de la notification de la recevabilité de la demande et à partir des documents sur lesquels elle est fondée, le Médiateur formule une proposition de solution motivée en droit et/ou en équité, qu'il adresse aux parties dans un délai de quatre-vingt-dix jours au plus tard. La procédure de Médiation est alors clôturée. Ce délai peut être prolongé à tout moment si la complexité du litige l'exige.

Dans sa proposition de solution, le Médiateur rappelle aux parties :

- Qu'elles sont libres d'accepter ou de refuser sa proposition dans le délai d'un mois. En l'absence d'accord explicite dans ce délai la proposition est considérée comme non acceptée ; en cas de refus de l'entreprise ou de l'intermédiaire d'assurance, la Direction générale en informe le Médiateur en précisant les motifs de son refus ;
- Que le recours à la Médiation n'exclut pas la possibilité d'un recours devant une juridiction ;
- Que la solution peut être différente de la décision qui serait rendue par un juge.

La Médiation prend fin lorsque :

- Le réclamant et l'entreprise ou intermédiaire d'assurance acceptent la proposition faite par le Médiateur, ou l'une des parties la refuse ;
- L'une des parties demande au Médiateur de mettre un terme à la Médiation.

ARTICLE 6 : LE RAPPORT ANNUEL

Le Médiateur de l'Assurance établit chaque année un rapport sur son activité. Il y formule des recommandations visant à prévenir le renouvellement des litiges les plus fréquemment rencontrés dont il a été saisi. Ce rapport est public et mis en ligne sur le site internet de La Médiation de l'Assurance. ●

GOUVERNANCE ET RESSOURCES DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

La Médiation de l'Assurance (LMA) est une association créée en septembre 2015, née de la fusion des médiations sectorielles antérieures, dans le cadre du rapprochement aboutissant à la création de la Fédération Française de l'Assurance. Médiation de la consommation, elle est placée sous l'autorité du Médiateur de l'Assurance référencé par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC), Arnaud Chneiweiss (depuis mars 2020).

Le Conseil d'Administration de LMA est présidé par Corinne Dromer, par ailleurs Présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF). À fin juin 2021, il est composé des personnalités suivantes :

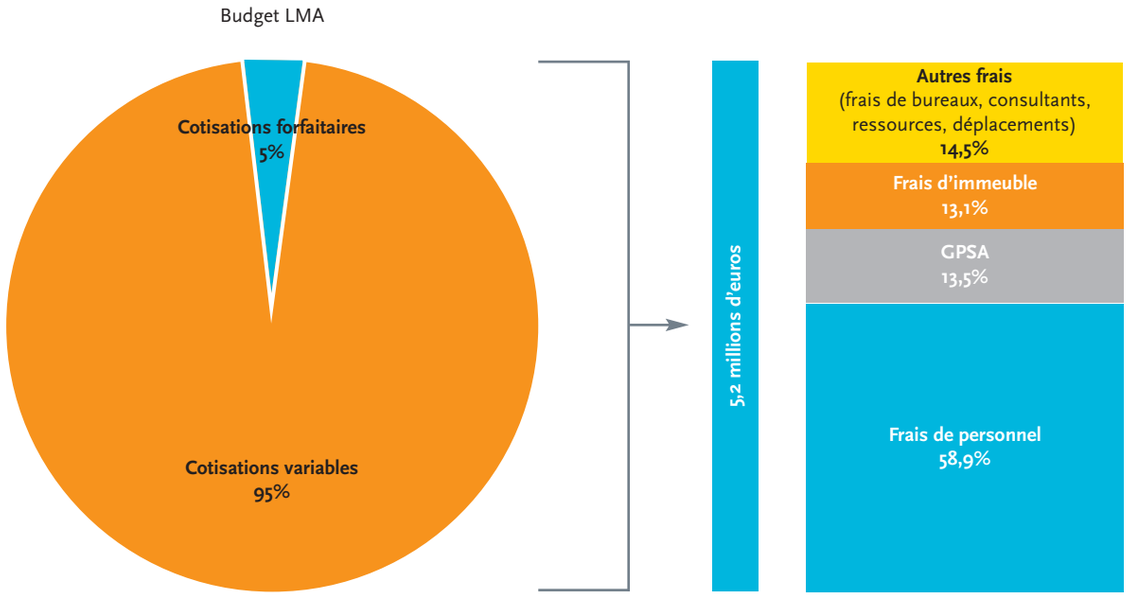
- David Charlet, Président de l'ANACOFI ;
- Bernard Delas, personnalité qualifiée, ancien Vice-Président de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;
- Patrick Evrard, Président d'AGEA ;
- Patrick Jacquot, Président-Directeur Général de la Mutuelle des Motards ;
- Jean-Max Labonté, Président du Syndicat des courtiers d'assurance de La Réunion et de l'Océan Indien (SCAR-OI) ;
- Philippe Poiget, Conseiller à la Présidence de la Fédération Française de l'Assurance (FFA), Président de l'Orias (Organisme pour le registre unique des intermédiaires en assurance, banque finances) ;
- Bertrand de Surmont, Président de Planète CSCA ;
- Emmanuelle Rivé, Déontologue d'AXA France ;
- Béatrice Blanchard-Duhayon, Vice-Présidente de la Commission Enjeux globaux de la Conférence des OING francophones.

UN BUDGET DE 5,2 MILLIONS D'EUROS EN 2020

Le recours à la médiation est gratuit pour le consommateur.
Le budget de fonctionnement de LMA est donc entièrement financé par les professionnels de l'assurance adhérents à LMA. Leur participation se décompose en deux parties :

- **Une cotisation forfaitaire annuelle** versée par tous les adhérents, qui constitue 5 % du budget ;
- **Une cotisation variable** établie chaque année pour chaque adhérent, au *prorata* du nombre de saisines recevables reçues de la part de ses clients, qui contribue au budget à hauteur de 95 %. Le principe de fonctionnement de LMA est ainsi celui du « pollueur payeur ». Si un groupe d'assurance représente 10 % des saisines recevables de LMA, il paiera, à la cotisation forfaitaire près, 10 % du budget.

En 2020, le budget de fonctionnement s'est élevé à 5,2 millions d'euros, la part des frais de personnel représentant plus de 60 % du total. Le GIE GPSA a apporté les fonctions support (ressources humaines, comptabilité, informatique, moyens généraux) pour un coût de 703 800 euros en 2020, soit 13,5 % du budget total.

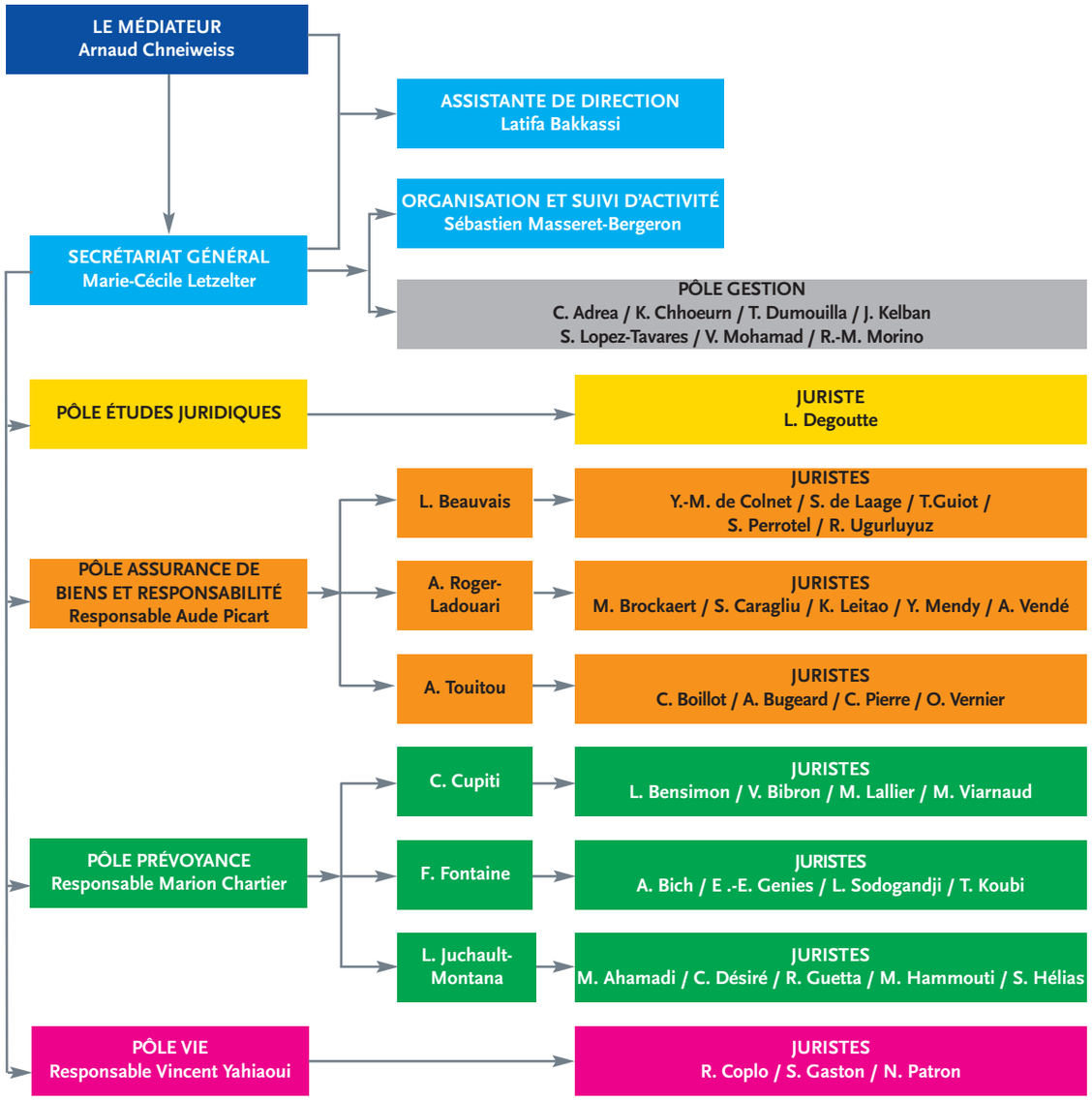


LES ADHÉRENTS DE LMA

La Médiation de l'Assurance regroupe tout un écosystème de la Profession de l'assurance : en 2020, l'association comptait 339 adhérents, représentant plus de 12 000 professionnels de l'assurance – entreprises d'assurance, courtiers, gestionnaires de patrimoine, agents généraux – qui ont choisi de confier leur médiation à LMA :

- 314 entreprises d'assurance relevant du Code des assurances ;
- 21 intermédiaires d'assurance, adhérant à titre individuel ;
- 4 syndicats professionnels d'intermédiaires d'assurance :
  - AGEA, Fédération nationale des syndicats d'agents généraux ;
  - ANACOFI Assurances, qui représente les conseillers en gestion de patrimoine indépendants dans leurs activités de courtage d'assurance ;
  - Planète CSCA, organisation patronale du courtage français ;
  - Planète CSCA La Réunion-Océan Indien (SCAR-OI), chambre régionale de Planète CSCA dans cette zone géographique.

L'ORGANIGRAMME DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE



Organigramme de La Médiation de l'Assurance en juin 2021.



3

L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES

CHIFFRES CLÉS 2020

17 355
saisines reçues

12 005
professionnels adhérents

702
règlements amiables

49
collaborateurs

3
mois de réduction du délai de traitement

1
Médiateur sectoriel référencé pour l'Assurance

29%
de saisines recevables

30%
de propositions favorables à l'assuré

41%
de saisines en ligne

99,7%
de propositions acceptées par l'asureur

3 608
propositions de solution émises
+16%

de 0€ à 142 000€
d'enjeu financier*

*Indemnisation la plus élevée accordée dans une proposition de solution en 2020 – sur un dossier relatif à une assurance vie.

3A

L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES

LES SAISINES



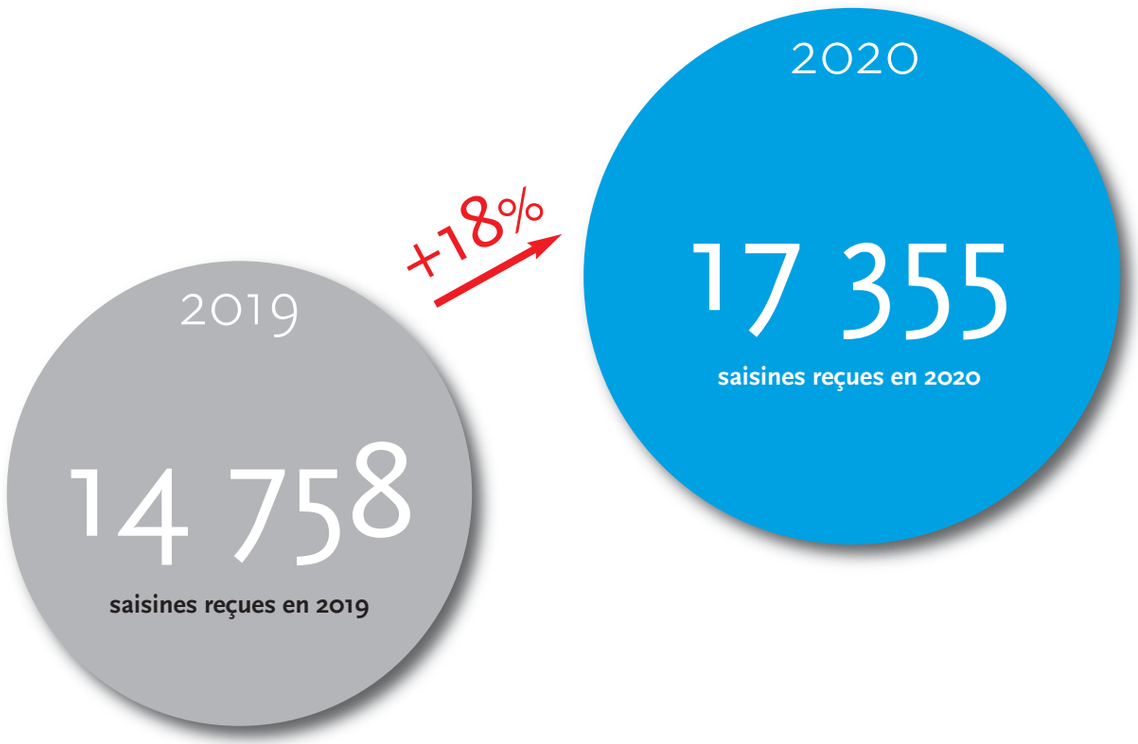
1. LES SAISINES REÇUES EN 2020

L'année 2020 a été marquée par une importante augmentation du nombre de saisines, avec une nette inflexion à partir du mois de juillet : les 17 355 demandes enregistrées représentent une évolution de +18 % par rapport à 2019.

Cette évolution peut s'expliquer par le contexte de la pandémie de Covid-19 mais aussi par la loi dite de « modernisation de la justice » qui a, en 2019, instauré l'obligation de tenter, avant de se tourner vers les tribunaux, une procédure de conciliation ou de médiation pour les litiges dont l'enjeu n'excède pas 5 000 euros*.

Le prolongement de la crise sanitaire en 2021 et l'ouverture de la possibilité de saisir la Médiation de l'Assurance pour les litiges relatifs aux assurances professionnelles, annoncée en décembre 2020 par Bruno Le Maire, ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, laissent à penser que l'augmentation du nombre de saisines va se poursuivre. ●

(*) Décret n° 2019-1333 du 11 décembre 2019 réformant la procédure civile qui a instauré cette obligation, tirant ainsi les conséquences de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.



2. LA PROVENANCE DES SAISINES

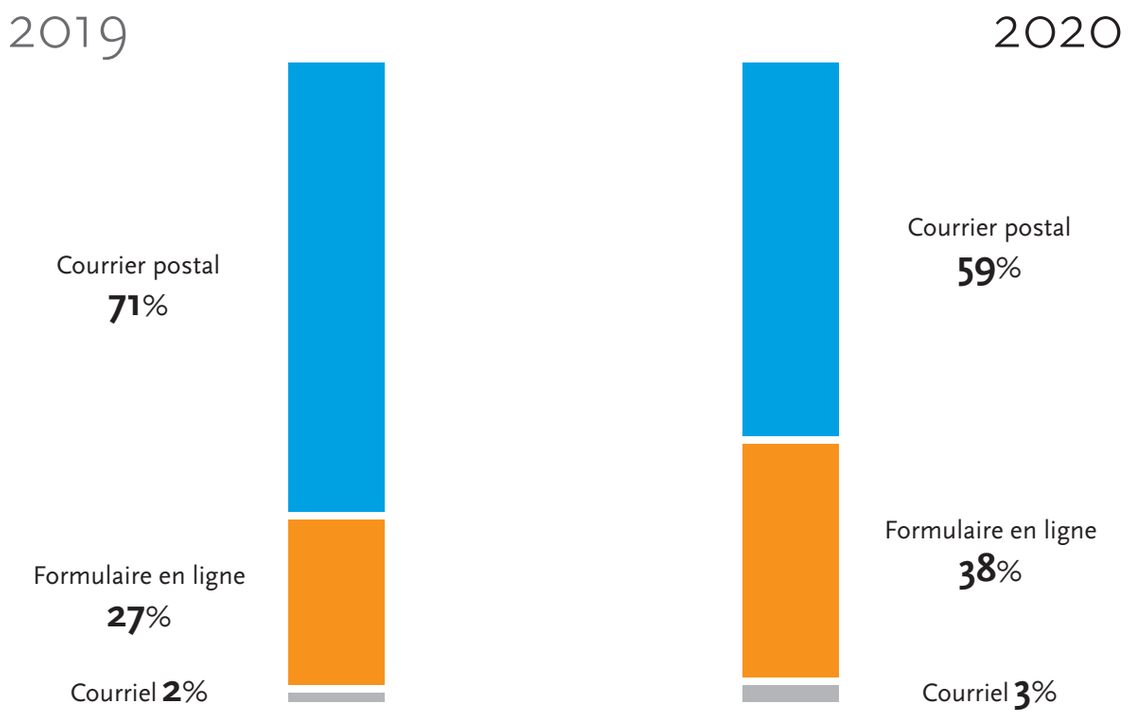
Lorsqu'un assuré rencontre un litige avec son assureur et que les démarches de réclamation prévues par son contrat n'ont pas abouti, il peut saisir La Médiation de l'Assurance par plusieurs moyens :

- Saisine en ligne, via le site internet de LMA ;
- Courrier postal ;
- Courriel.

Depuis la mise en place du formulaire de saisine en ligne en 2016 pour améliorer l'accès à la médiation, La Médiation de l'Assurance n'a eu de cesse de travailler à se rendre plus visible et à encourager les assurés à utiliser ce mode de saisine plus rapide et plus facile à traiter par nos services.

En 2020, le courrier postal reste encore le mode de saisine le plus utilisé par les assurés, mais il est revenu en un an de 71 à 59 % des saisines, au profit de la saisine par voie électronique. En effet, en 2020, 41 % des assurés ont choisi de saisir La Médiation de l'Assurance par le biais du formulaire en ligne (38 %) ou par courriel (3 %), contre 29 % en 2019, soit une augmentation de 46 % du nombre de dossiers reçus par internet. Le projet de refonte du site internet de La Médiation de l'Assurance, prévu au second semestre 2021, devra encore faciliter les saisines et les échanges numériques avec les réclamants.

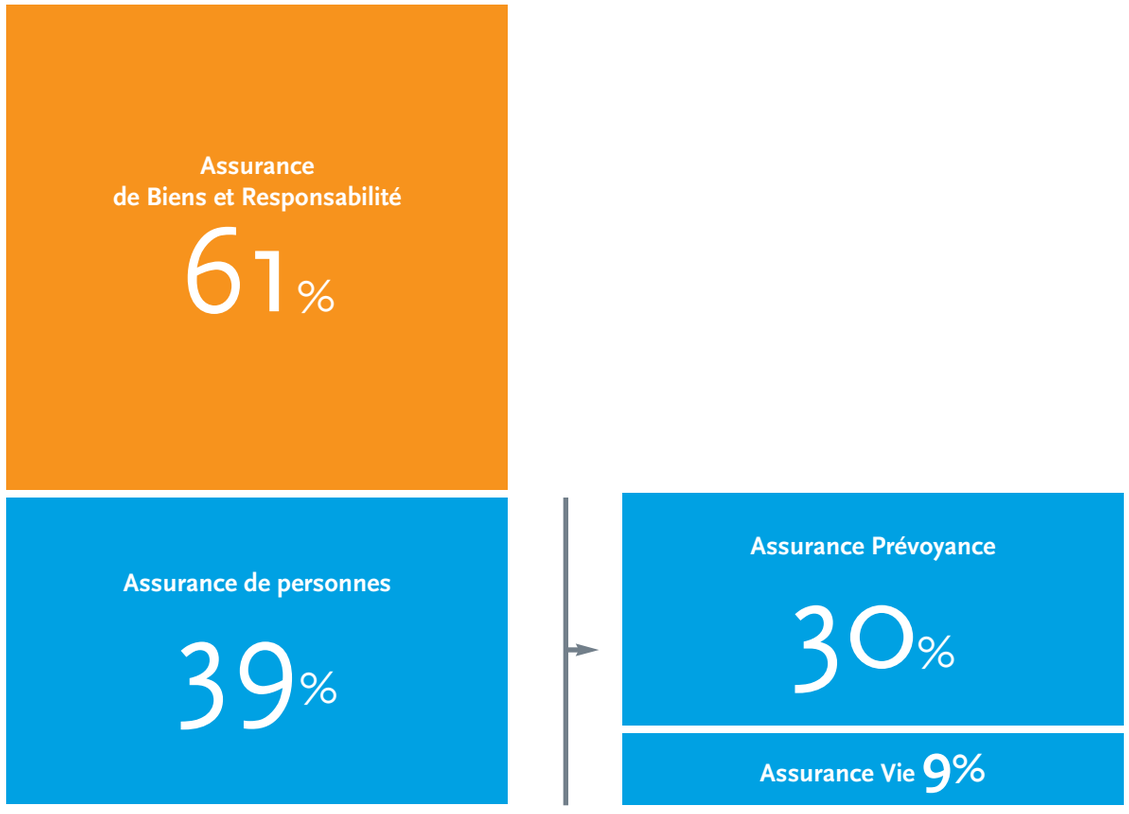
Par ailleurs, les assurés peuvent saisir directement La Médiation de l'Assurance ou se faire représenter (avocat, assureur de Protection Juridique, organisation de consommateurs…). Cependant, la plus grande partie des saisines provient directement du réclamant (l'assuré, le bénéficiaire du contrat ou son entourage) : presque 95 % en 2020, une proportion similaire aux années précédentes. ●



3. LA RÉPARTITION DES SAISINES

Les litiges en assurance de Biens et de Responsabilité occupent toujours la première place en 2020, avec 61 % des saisines.

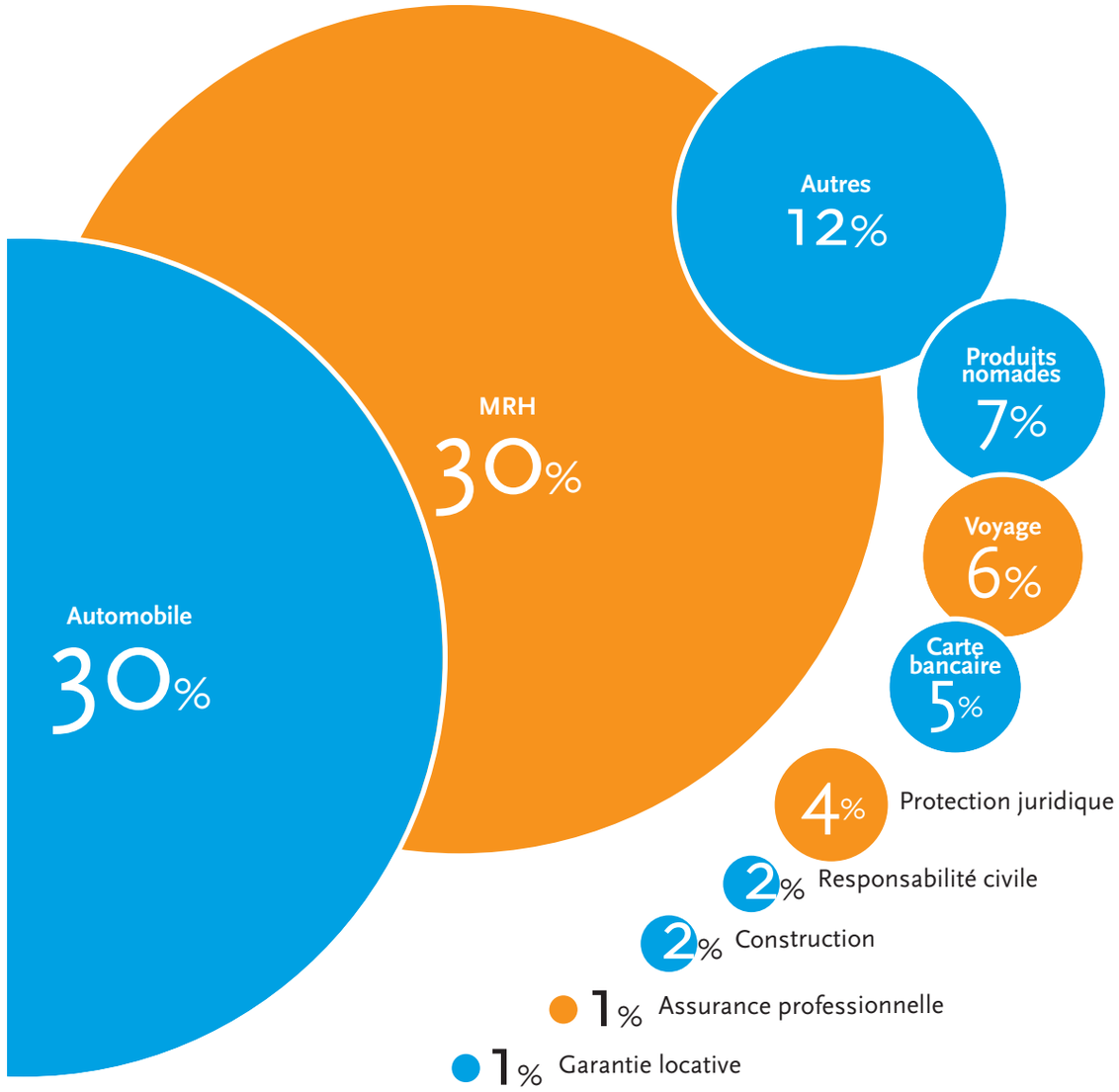
Les litiges relatifs aux assurances de Personnes représentent donc 39 % des demandes de médiation, dont 30 % concernent des contrats de prévoyance, et 9 % des contrats d'assurance vie. ●



4. LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

Comme les années précédentes, plus de la moitié des litiges en assurance de Biens et Responsabilité concernent les contrats d'assurance Automobile et Multirisques Habitation, à hauteur de 30 % des saisines chacun.

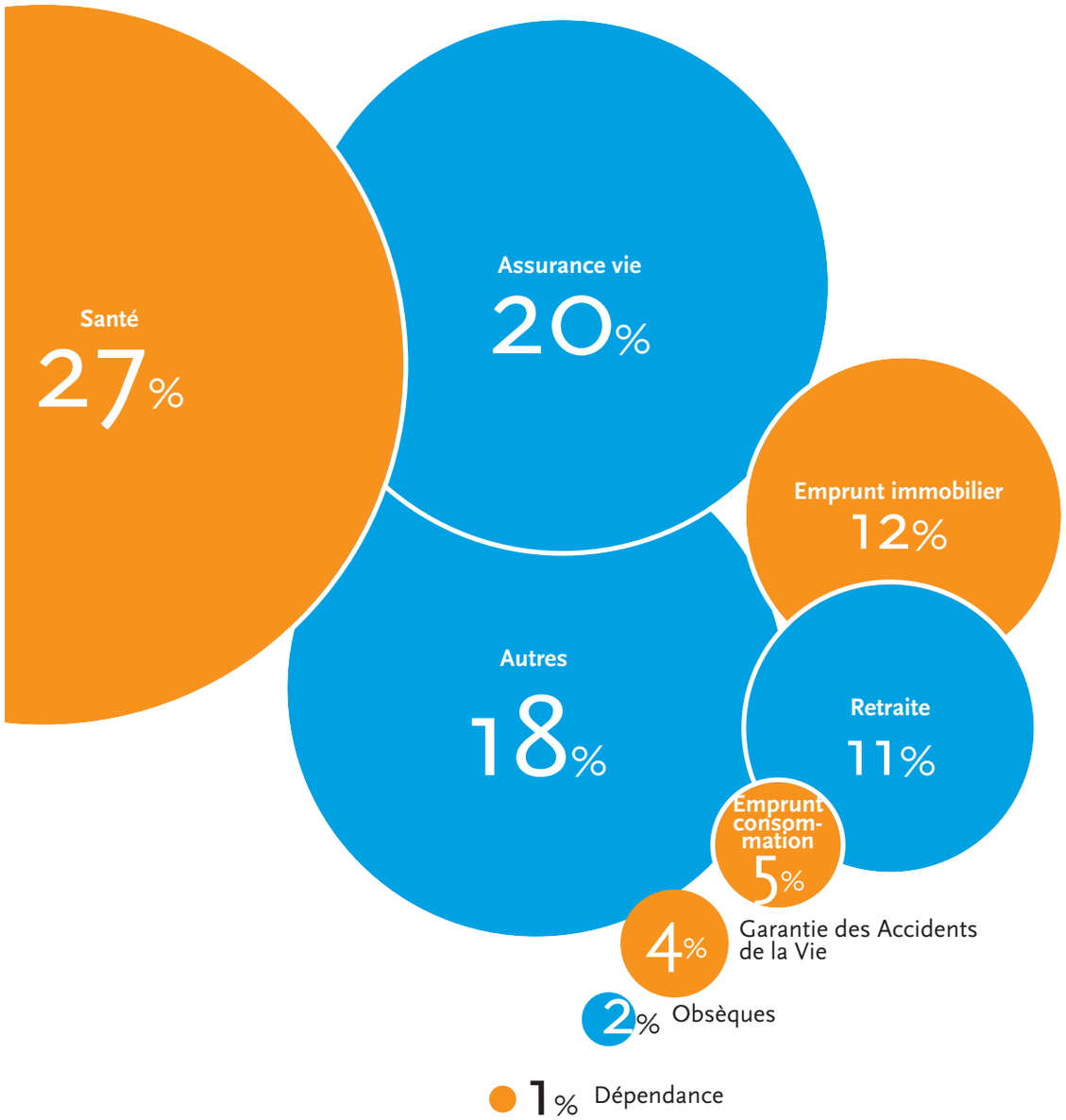
Les contrats d'assurance dits « affinitaires » – produits nomades, annulation de voyage, carte bancaire – représentent également, avec 18 % des saisines, une part importante des litiges, en partie accentuée par une augmentation du nombre de litiges liés aux annulations de voyage dans le cadre de la crise sanitaire. Ces derniers ont ainsi bondi de près de 80 %. ●



5. LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

En assurance de Personnes, l'activité est similaire aux années antérieures : près de la moitié des litiges concerne, d'une part les contrats d'assurance Santé (27 %) et d'autre part les contrats d'assurance vie (20 %).

Les litiges portant sur l'application des contrats d'assurance emprunteur – prêt immobilier ou à la consommation – sont à l'origine de 17 % des saisines en assurance de Personnes. ●

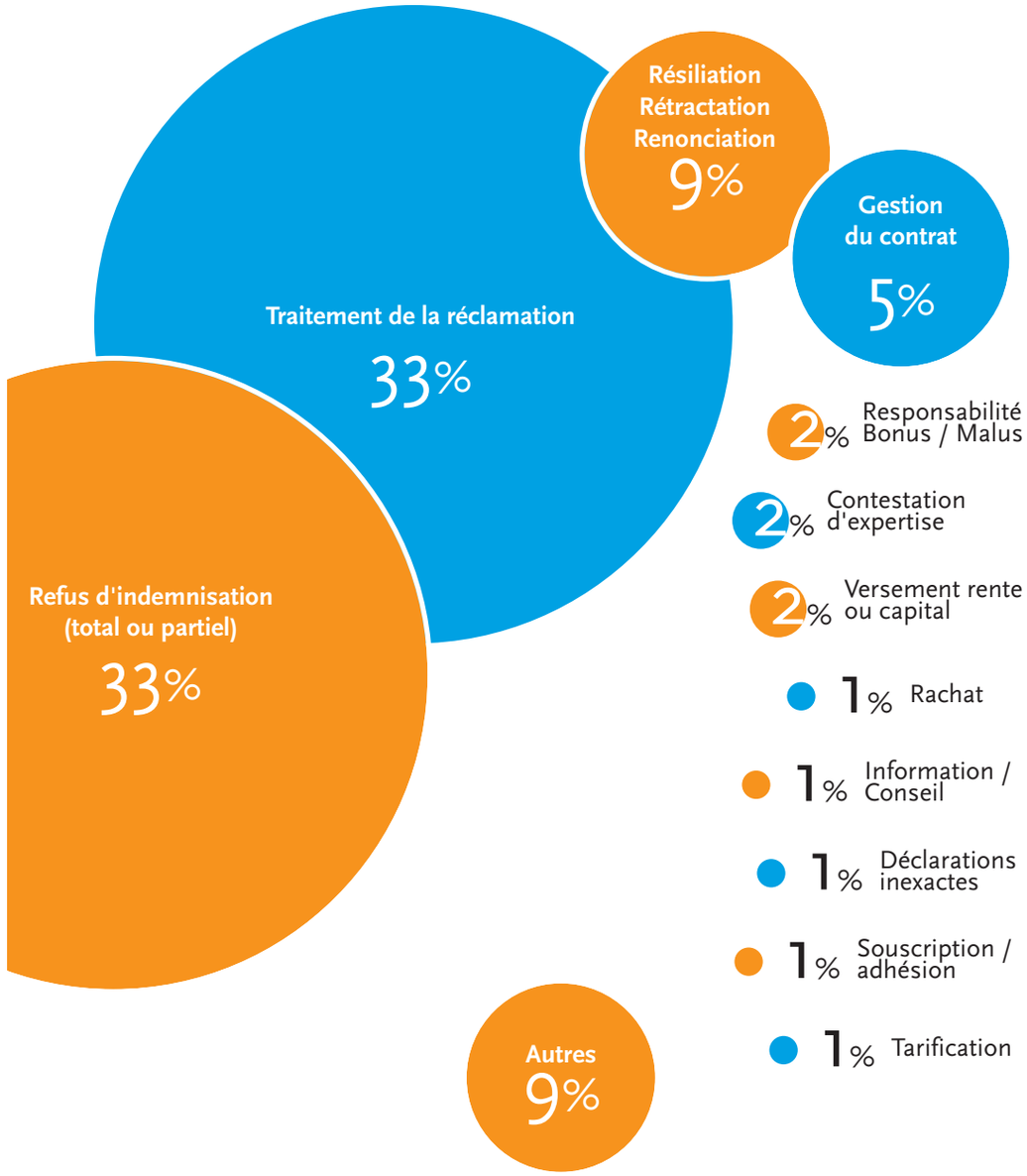


6. LES MOTIFS DE LITIGES

En 2020, les deux tiers des litiges ont eu pour origine :

- d'une part le refus d'indemnisation par l'assureur : beaucoup d'assurés, s'étant vu refuser le bénéfice total ou partiel d'une garantie, se tournent vers La Médiation de l'Assurance. Cela implique qu'une incompréhension persiste régulièrement sur les raisons de ce refus après la réponse de l'assureur ;
- d'autre part la gestion de la réclamation par l'assureur, c'est-à-dire que dans un tiers des litiges portés à la connaissance de La Médiation de l'Assurance cette année, la source du mécontentement des assurés est un dysfonctionnement – réel ou ressenti – de la relation entre les parties.

La résiliation à l'initiative de l'assureur ou de l'assuré reste également un sujet important, générateur d'incompréhension et de litige puisqu'elle représente 9 % des saisines en 2020. ●



3B

L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES

LES MÉDIATIONS EFFECTUÉES



1. LA RECEVABILITÉ DES SAISINES

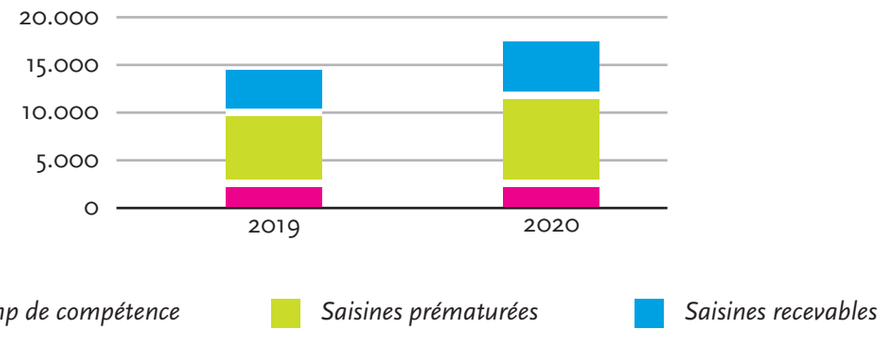
Cette année encore, une proportion importante des saisines a été déclarée irrecevable au sens de l'article L.612-2 du Code de la consommation. Cela concerne 71 % des demandes traitées :

- 22 % des saisines étaient hors du champ de compétence de la médiation de la consommation :
  - La saisine ne concernait pas l'application ou l'interprétation d'un contrat d'assurance (par exemple, le litige concernait une relation bancaire) ;
  - Le professionnel d'assurance concerné n'était pas adhérent à La Médiation de l'Assurance (par exemple, le litige était de la compétence du médiateur de la Fédération nationale de la Mutualité Française ou du Centre technique des institutions de prévoyance) ;
  - La réclamation avait déjà été examinée ou était en cours d'examen par un autre médiateur ou un tribunal ;
  - La demande était manifestement abusive ou infondée.
- 49 % d'entre elles étaient prématurées, c'est-à-dire que l'assuré avait saisi la Médiation de l'Assurance avant d'avoir effectué toutes les démarches prévues par son contrat auprès de son assureur, en amont de sa saisine, notamment avoir contacté le service Réclamations.

Ainsi, 29 % des saisines traitées ont été déclarées recevables.

En termes de proportion, la part des saisines recevables reste similaire aux années précédentes. La part des saisines irrecevables, notamment dans le cas des demandes prématurées, pourrait pourtant diminuer à la faveur d'un travail sur la pédagogie et l'efficience du parcours de réclamation au sein des entreprises d'assurance, qui doit aller vers plus de fluidité et de rapidité. Cet effort est nécessaire afin de réduire la frustration et le désarroi des assurés. Ces derniers ont parfois le sentiment, quand ils saisissent la Médiation de l'Assurance, d'être en litige depuis déjà six mois voire davantage avec leur assureur et ne comprennent pas qu'une nouvelle étape, la saisine du service Réclamations, leur soit demandée.

Des travaux visant à permettre un recours plus rapide aux Médiateurs du secteur financier, sont en cours dans le cadre du Comité consultatif du secteur financier (CCSF). ●

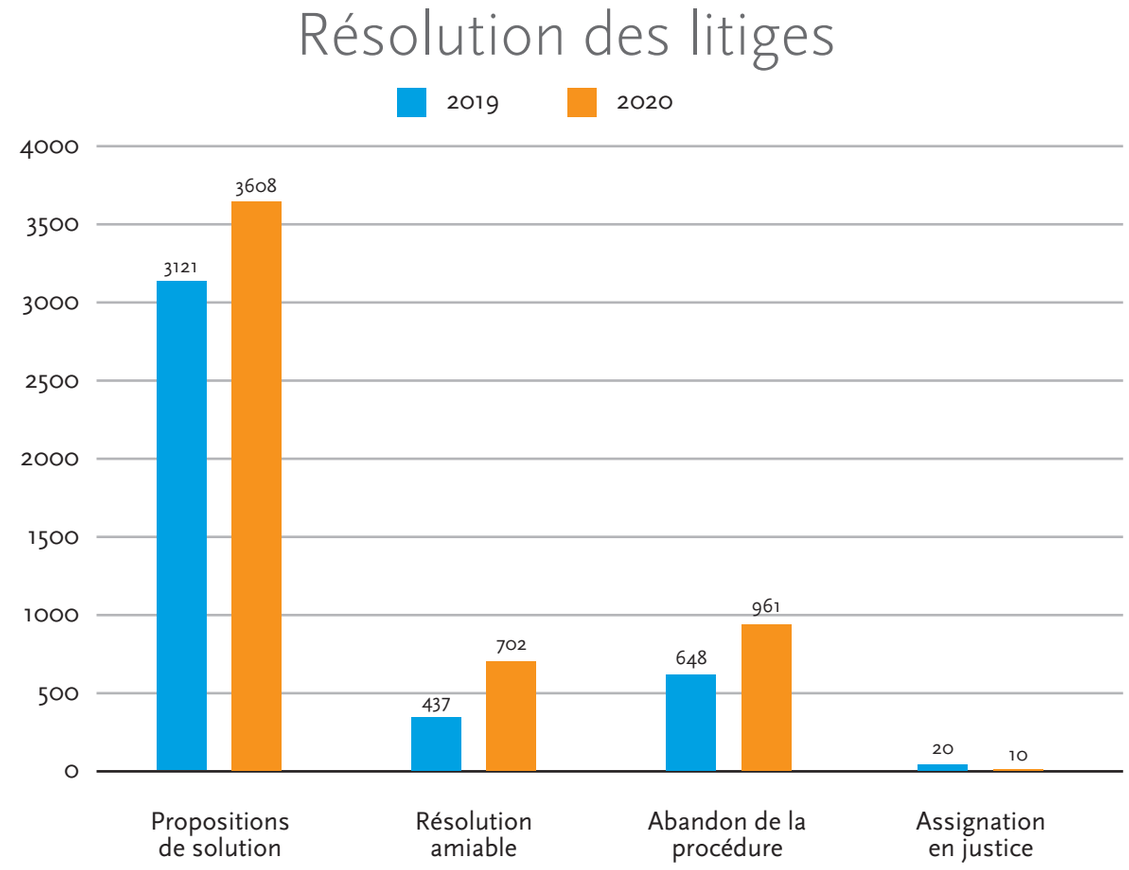


2. LES PROPOSITIONS DE SOLUTION

En 2020, La Médiation de l'Assurance a formulé 3 608 propositions de solution, soit une augmentation de 16 % par rapport à 2019.

Par ailleurs, 702 litiges ont été résolus par un règlement amiable en cours de procédure, avant l'émission de la proposition de solution de LMA. La simple saisine de la Médiation de l'Assurance aura donc permis la résolution de ces cas, sous notre supervision.

Une dizaine de dossiers ont été interrompus par l'engagement d'une procédure judiciaire en cours de médiation par une des parties au litige et 961 médiations ont été clôturées par suite d'absence de transmission des éléments nécessaires à l'examen de la demande ou abandon de la procédure par le réclamant. ●

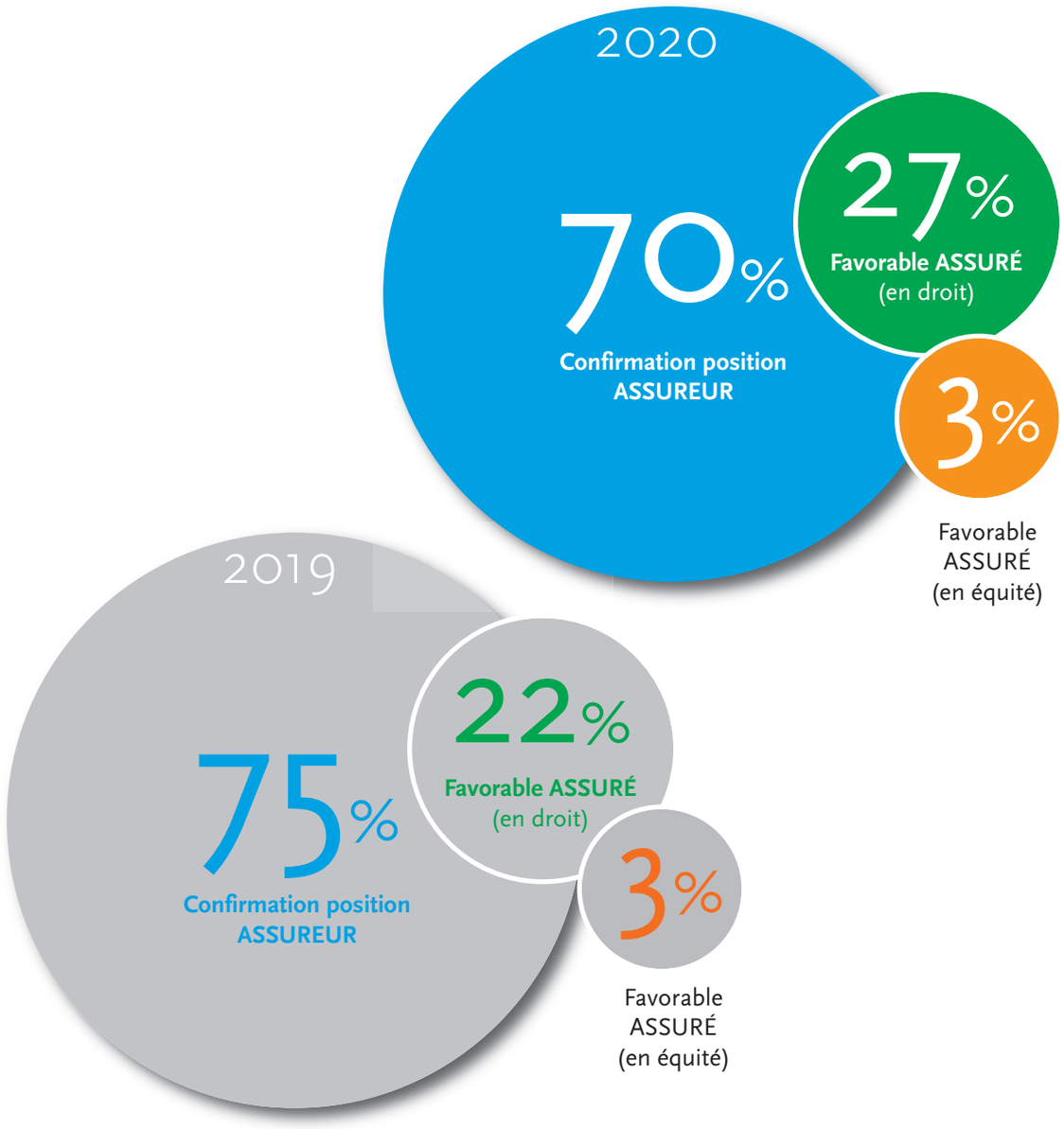


3. LA NATURE DES SOLUTIONS

La médiation est une procédure écrite. Après étude de l'ensemble des pièces et des arguments communiqués par les parties, La Médiation de l'Assurance émet une proposition de solution.

En 2020, **30 % des solutions formulées ont été favorables à l'assuré**, dont **3,4 % au titre de l'équité.** Dans 70 % des cas, La Médiation de l'Assurance, après avoir apporté les éléments pédagogiques utiles à une meilleure compréhension de la décision de l'assureur, a donc confirmé la position de ce dernier.

Lorsque La Médiation de l'Assurance propose une solution différente de celle émise par le professionnel, les parties sont invitées à faire connaître leur accord sur la mise en œuvre de la proposition émise. En 2020, dans 99,7 % des cas, la solution formulée par le Médiateur a été suivie par le professionnel. ●



4. LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

Les problématiques d'assurance présentent régulièrement une complexité particulière qui engendre une instruction parfois longue des saisines.

En 2020, La Médiation de l'Assurance a tout particulièrement travaillé à la réduction de cette durée et ce malgré les difficultés rencontrées dans le contexte de la crise sanitaire. Ainsi, le délai d'envoi de la notification de recevabilité a été réduit et le délai d'émission de la proposition de solution à partir de la recevabilité est passé en moyenne de 12,8 à 9,6 mois. En fin d'année, plus de 10 % des propositions de solution étaient émises dans les 3 mois. ●



4

LA CRISE SANITAIRE

ASSURANCES PROFESSIONNELLES ET CRISE SANITAIRE : UN LIEN DE CONFIANCE À RENOUER

Le rapport du Médiateur de l'Assurance au ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance. 8 juillet 2021

Dans un communiqué de presse daté du 7 décembre 2020, le ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance Bruno Le Maire, a fait part des engagements des assureurs « en faveur des entreprises les plus affectées par la crise » *et exprimé sa volonté d'avoir une vision précise des litiges liés à la crise sanitaire en matière d'assurances professionnelles.*

Ainsi, la possibilité de recourir à la Médiation de l'Assurance a été généralisée pour les litiges opposant une entreprise ou un courtier d'assurance à un assuré professionnel – PME, commerçant, artisan travailleur indépendant… – qui était jusqu'alors limitée aux entreprises en ayant exprimé le souhait de manière volontaire.

Bruno Le Maire a notamment déclaré à cette occasion : « Je crois au dialogue. Je crois à la médiation. Je crois à la discussion. La logique du dialogue doit l'emporter sur celle du conflit, en particulier dans ces périodes de crise ».

Le Ministre a demandé au Médiateur de l'Assurance de lui remettre un rapport sur les litiges rencontrés par LMA au cours de la crise sanitaire, opposant une entreprise ou un courtier d'assurance à un assuré professionnel.

Ce rapport a été remis au Ministre en juillet 2021. Il présente notamment les constats et les recommandations associées pour renouer le lien de confiance entre les professionnels et leurs assureurs.

> *« Il faut toujours dire ce que l'on voit :*
> *surtout il faut toujours, ce qui est plus difficile, voir ce que l'on voit. »* Charles Péguy.

EXTRAITS

Que retenir (…) des réclamations relatives aux assurances professionnelles soumises à la Médiation de l'Assurance au cours des derniers mois ?

LES CONSTATS

D'abord que **la décision du 7 décembre 2020 de généraliser la possibilité d'avoir recours à la Médiation de l'Assurance pour tous les assurés professionnels était une bonne idée.** Alors que la mesure n'a fait l'objet que d'une publicité progressive, notamment par la Confédération des PME, le volume de saisines en provenance des professionnels a augmenté de façon significative ces derniers mois. Il atteint désormais plus de 7,2 % de l'ensemble de nos saisines en assurance dommages. C'est la preuve que cette décision répond à une attente des PME, commerçants, artisans. Saluons également le fait que tous les assureurs ont accepté cette évolution – à la réserve près des refus d'entrée en médiation pour litige déjà en cours devant les tribunaux sur des dossiers similaires comme signalé plus haut [au sein de ce même rapport].

Ensuite, je retiens le **besoin d'une pédagogie – et parfois d'une empathie – accrue** auprès d'assurés dans des situations financières difficiles à la suite de cette pandémie. La Médiation de l'Assurance joue souvent un rôle de pédagogue et de tiers de confiance, ici pour les assurés professionnels et de façon générale avec les assurés particuliers.

Pédagogie, empathie : les assurés, même professionnels, ne sont pas experts des questions d'assurance ou des questions juridiques. Souvent très angoissés par leur situation financière à court terme, il est essentiel de leur expliquer dans les termes les plus clairs possibles, sans jargon, pourquoi ils ne sont pas pris en charge par leur assureur. Car les assurés ont en général l'impression d'avoir déjà « fait l'effort » de souscrire une garantie « pertes d'exploitation » (souscrite dans seulement un cas sur deux aujourd'hui) et ne comprennent pas qu'elle puisse ne pas s'appliquer à toutes les situations. Ceci signifie pour le courtier ou l'assureur accepter d'y consacrer le temps nécessaire, car comme nous l'avons vu dans les pages précédentes [de ce rapport] les garanties « pertes d'exploitation » sont souvent(1) assez complexes à comprendre, puisque plusieurs conditions doivent être réunies pour qu'elles puissent jouer.

Tiers de confiance : la défiance qui est présente dans la société française en général, malheureusement(2), n'a pas de raison d'épargner le monde de l'assurance. Nous voyons bien que certains assurés nous saisissent « pour vérifier »(3), parce que notre parole leur semble plus crédible que celle de l'interlocuteur qui leur a annoncé le refus de prise en charge de leurs pertes financières.

Chacun comprend que les assureurs doivent atteindre l'équilibre économique, quel que soit leur statut juridique. Les contrats comportent nécessairement des limites : sur le long terme il doit y avoir une convergence entre les primes collectées au nom de cette garantie et les sinistres indemnisés.

En même temps, cette crise tout à fait exceptionnelle était l'occasion de prouver que les assureurs sont aux côtés de leurs clients en cas de coup dur – la raison d'être de l'assurance. Ce serait être hors-sol que de nier la déception ressentie par certains assurés, qui parfois continue de s'exprimer fortement aujourd'hui, chez les restaurateurs par exemple.

J'ai pu constater à l'étude des dossiers que certains assureurs avaient procédé à des gestes de solidarité – ou à des gestes commerciaux, comme on voudra les nommer – exceptionnels pour les assurés les plus en difficulté. Nous avons vu des sommes tout à fait significatives – plusieurs milliers d'euros dans certains dossiers. Certains assureurs ont communiqué sur les divers efforts mis en œuvre, d'autres ont préféré rester plus discrets pour ne pas créer d'amertume chez des assurés ne bénéficiant pas d'aide exceptionnelle ; ce sont des choix d'entreprise.

J'ai malheureusement aussi vu une certaine brutalité dans la résiliation des contrats fin 2020 afin de faire disparaître les clauses ambiguës. Je comprends les raisons avancées par les assureurs – contraintes imposées par leurs réassureurs à l'approche des renouvellements des achats de protection au 1er janvier 2021 ; nécessité d'équilibrer économiquement la branche entre cotisations collectées et sinistres payés ; besoin de clarifier juridiquement les clauses en étant plus explicites sur les exclusions – mais beaucoup d'assurés ont mal vécu ces avenants, ce « c'est à prendre ou à laisser » imposé dans l'urgence.

(1) Ce mot a son importance. Les garanties sont parfois très claires, dans un sens ou dans l'autre. (2) J'invite à lire sur ces sujets les enquêtes annuelles du Cevipof, pour ceux qui en douteraient. (3) D'autant plus que nous saisir est gratuit pour l'assuré, le budget de la Médiation de l'Assurance étant financé par les courtiers et assureurs.

On en revient à la communication et au besoin de pédagogie, de sentir que l'assureur reste au côté de son client dans les temps difficiles.

QUE FAIRE ?
Informer, pacifier, dialoguer.

1. INFORMER
Informer est le moyen de rétablir, autant que faire se peut, le déséquilibre de connaissances et compétences des parties au contrat d'assurance. Sur ce point, la problématique des assurés professionnels n'est pas fondamentalement différente de celle des particuliers, seule la nature de leur contrat change. Une attention particulière doit être portée sur les documents contractuels, leur rédaction, leur transmission et leur lecture.

Recommandation 1
J'invite les assureurs à œuvrer pour davantage de lisibilité des documents contractuels afin de permettre aux assurés de connaître précisément l'étendue de leurs garanties. L'étude des dossiers pertes d'exploitation a mis en évidence des incompréhensions tenant soit à la **présentation des contrats**, soit à la **rédaction de leurs clauses.**

Ainsi, l'on a découvert des doutes sur l'application d'une garantie en raison de la multiplicité des documents contractuels : conditions générales, conditions particulières, conventions spéciales, « intercalaires » pour une profession particulière… Il n'est pas surprenant que les assurés ne comprennent pas l'articulation de ces différents documents – d'ailleurs, tout laisse à penser que cette complexité explique aussi pourquoi certains assureurs n'ont découvert que progressivement l'ampleur de leur exposition à la crise sanitaire…

La rédaction des clauses manque trop souvent de clarté. Ces clauses deviennent alors sujettes à interprétation, ce qui débouche sur des incompréhensions entre les parties. Certaines garanties pertes d'exploitation se sont révélées absconses en raison de l'imprécision de leurs termes et/ou de la complexité de leur formulation, et cela même pour des spécialistes de l'assurance.

Voici trois exemples :
« *Autorité compétente* » : le franchiseur peut-il être assimilé à une autorité compétente au sens du contrat lorsqu'il impose une fermeture à ses franchisés ?
« *Impossibilité d'accès aux locaux* » : la notion concerne-t-elle l'assuré ou la clientèle confinée, bloquée aux frontières ?
« *Évènement naturel survenu dans le voisinage* » : la pandémie de Covid-19 peut-elle être qualifiée d'évènement naturel survenu dans le voisinage ?

Un effort doit donc être fait sur la qualité rédactionnelle des contrats d'assurance afin de rédiger des contrats à la portée des assurés.

Enfin, il n'est pas acceptable que persistent aujourd'hui dans les contrats des clauses dont l'invalidité a été reconnue (parfois de longue date) par la Cour de cassation. Depuis ma prise de fonction il y a un peu plus d'un an, **je me bats contre les clauses d'exclusion floues, comme celles relatives au « *défaut d'entretien* »**, concept trop vague pour que l'assuré puisse connaître exactement l'étendue de sa garantie. Quand l'assureur veut opposer des notions comme « *la négligence* » ou le fait que la maison n'a pas été construite suivant « *les règles de l'art* », ce sont des concepts flous, condamnés à ce titre par les tribunaux puisque le Code des assurances exige de ces clauses qu'elles soient d'une part en caractères très apparents, d'autre part « *formelles et limitées* ». La Profession doit avoir pour priorité de revisiter ces clauses d'exclusion afin de faire disparaître celles que je viens de mentionner. Je comprends les buts poursuivis (responsabiliser l'assuré en le rendant acteur de la prévention du risque, lutter contre la fraude…) mais ceci ne peut passer par opposer à l'assuré des clauses explicitement condamnées par les tribunaux, y compris notre plus haute Juridiction. J'insiste sur ce point car nous savons que le débat sur la validité des clauses d'exclusion est au cœur des litiges pendants devant les tribunaux à propos des garanties pertes d'exploitation des restaurateurs.

Recommandation 2
Dans la mesure où l'opposabilité des clauses du contrat d'assurance aux assurés est subordonnée au fait que les documents contractuels lui aient été remis, qu'il en ait pris connaissance et qu'il les ait acceptés, j'invite les assureurs à veiller à la **signature effective de ces documents contractuels** tant lors de la souscription qu'en cours de contrat en cas de modification, ce qui permettra d'attester de la bonne transmission de ces documents et limitera les litiges pouvant survenir en raison de l'absence de signature des conditions particulières ou des avenants.

Recommandation 3
J'invite tous les assurés à lire attentivement les conditions particulières et générales du contrat d'assurance avant sa souscription afin de bien comprendre les garanties souscrites, assorties de leurs conditions et exclusions. Beaucoup des déceptions ressenties pendant cette crise auraient été évitées si l'assuré avait mieux compris la réalité de sa protection, ce qui suppose une volonté de l'assuré de s'approprier son contrat et de le comprendre. Ceci étant dit, j'ai conscience que « l'avalanche réglementaire » a conduit à des contrats qui font plusieurs dizaines de pages, si bien que la lecture de ceux-ci peut être décourageante pour le chef d'entreprise, d'autant plus s'il ne maîtrise pas les termes du vocabulaire des assureurs face à des risques très techniques. C'est pourquoi, cette information documentaire doit se poursuivre par un effort particulier de pédagogie de l'assureur ou du courtier.

Recommandation 4
J'invite courtiers et assureurs à un traitement spécifique des risques professionnels. Il ne s'agit pas de risques « de masse » comme les assurances automobile ou habitation des particuliers, où des contrats standardisés correspondent, avec les options adaptées, à peu près à l'essentiel des situations. Pour les risques professionnels, les enjeux financiers sont importants, la pérennité de l'entreprise peut être mise en jeu. Cela mérite qu'on passe un minimum de temps avec son courtier ou assureur sur l'adaptation et la compréhension des garanties et non que l'on souscrive « aussi vite que possible », argument

ASSURANCES PROFESSIONNELLES

avancé par certains nouveaux acteurs de l'assurance au nom de la révolution digitale qui peut se révéler une très mauvaise idée. **Le risque professionnel appelle du « sur mesure »**. Quelle que soit l'importance de l'activité, ses spécificités doivent être mesurées par l'assureur pour adapter les garanties à la profession et à ses modalités d'exercice. L'exemple de la garantie pertes d'exploitation du chauffeur de taxi qui ne couvrait que son local professionnel de 10 m² et pas son véhicule illustre bien le point ; le manquement de l'assureur à son devoir de conseil dans ce cas était flagrant car la spécificité de l'activité n'avait pas été prise en compte.

Recommandation 5

J'invite les assureurs et les intermédiaires d'assurance à rester vigilant sur l'évolution des risques professionnels en cours de contrat. Si, de son côté, l'assuré qui estime que son contrat n'est plus en adéquation avec ses besoins ou sa situation personnelle ne doit pas hésiter à en solliciter l'évolution, **les assureurs et leurs intermédiaires devraient se fixer comme règle de revenir à échéances régulières vers leurs clients**, et pas seulement au moment des renouvellements de leurs contrats, pour les inciter à être vigilants sur l'évolution de leurs risques et donc sur l'adaptation de leurs contrats à leur situation. La règlementation est désormais très claire sur l'exigence du devoir de conseil à la souscription du contrat (article L.521-4 du Code des assurances), elle l'est moins en cours de contrat.

2. PACIFIER

Si malgré les précautions informatives, un différend naît entre l'assuré professionnel et son assureur, la pacification de leur relation est certainement la meilleure voie pour trouver une issue. C'est dans ce sens que s'inscrit la décision du 7 décembre 2020 d'ouvrir la Médiation de l'Assurance aux assurés professionnels.

Pour en assurer le succès, cette possibilité doit être connue de tous les assurés en intégrant cette information dans les documents contractuels. Si l'assureur refuse l'entrée en médiation comme nous en avons eu quelques illustrations dans le contentieux des pertes d'exploitation, il faut rechercher des solutions amiables alternatives.

Recommandation 6

L'article L.112-2 du Code des assurances prévoit les informations à délivrer aux assurés avant la souscription du contrat. Elle précise que les documents remis à l'assuré doivent préciser ***« les modalités d'examen des réclamations*** *qu'il peut formuler au sujet du contrat et de recours à un processus de médiation dans les conditions prévues au titre V du livre Ier du code de la consommation »*. Cette mention obligatoire ne concerne donc que les réclamations des particuliers. **Il serait opportun qu'elle s'étende, en conformité avec la décision du 7 décembre 2020, aux réclamations des professionnels.**

De plus, dans la droite ligne de la Recommandation 2016-R-02 de l'ACPR du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations (article 3.1), l'accent doit être mis sur l'information et l'accès de la clientèle au système de traitement des réclamations, notamment en informant la clientèle, dans un langage clair et compréhensible, sur les modalités de saisine et les délais de traitement des réclamations et en rendant cette information accessible sur les lieux d'accueil de la clientèle ou sur internet.

Par conséquent, **j'invite les courtiers et assureurs à mieux faire savoir à leur clientèle professionnelle que le recours à la Médiation de l'Assurance est désormais possible,** en l'écrivant clairement dans les nouvelles générations de contrat, et dans des documents d'information accessibles sur les lieux d'accueil de la clientèle ou sur internet.

Recommandation 7

Concernant les très rares situations dans lesquelles l'assureur refuse de recourir à la Médiation de l'Assurance, **je suggère que soit envisagée et favorisée la voie de la médiation conventionnelle** lorsque l'intérêt en jeu l'autorise. Avec ce type de médiation, les parties sont en présence l'une de l'autre et le médiateur les aide à dialoguer afin qu'elles élaborent elles-mêmes une solution pour régler leur différend. Outre son caractère amiable qui préserve la relation de l'assuré avec son assureur, la médiation conventionnelle présente l'avantage de la confidentialité. Elle aurait pu être profitable dans la crise sanitaire afin que les réclamations des assurés sur les dossiers « pertes d'exploitation » ne dégénèrent pas en contentieux médiatiques.

Il existe d'ailleurs un centre de médiation et d'arbitrage en assurance et réassurance (CEFAREA) disposant d'une liste de médiateurs agréés auxquels il pourrait être fait appel dans ces rares cas.

3. DIALOGUER

C'est sans doute ce qui a manqué pendant la crise sanitaire : il n'existait pas d'espace dédié à la concertation, si bien que les incompréhensions entre assureurs et assurés ont dégénéré en conflits et défiances.

Recommandation 8

J'invite à pleinement utiliser l'enceinte du Comité consultatif du secteur financier pour un dialogue plus constructif entre assurés professionnels et assureurs.

Nous avons la chance d'avoir un lieu de concertation entre représentants des particuliers et des professionnels et représentants du secteur financier : le Comité consultatif du secteur financier (CCSF). Dans le cadre du CCSF, sont présents les représentants des PME, commerçants, artisans, travailleurs indépendants (via notamment les Chambres de commerce et d'industrie, la Confédération des PME, le syndicat U2P, le Medef…) et les professionnels du secteur financier (banquiers, assureurs…) de façon à relayer des informations et à élaborer des solutions de place. C'est donc un lieu idéal pour la concertation et la négociation.

Je pense par exemple aux résiliations des contrats de la fin de l'année 2020, souvent mal vécues par les assurés. Une information claire des impératifs des assureurs dans une telle enceinte, notamment à propos de leurs propres contraintes en termes d'achat de réassurance, aurait pu permettre de comprendre la raison d'être de ces avenants et, le cas échéant, d'entrer dans une négociation dont les ressorts et les limites auraient été compris.

Cependant, le CCSF ne peut travailler sur ces sujets que s'il en est saisi par la Direction générale du Trésor. J'invite donc cette dernière à utiliser pleinement l'enceinte du CCSF pour créer une relation plus confiante entre assurés professionnels et assureurs.

LES PROBLÉMATIQUES D'ASSURANCE LIÉES À LA PANDÉMIE DE COVID-19

La situation pandémique que traverse notre pays depuis mars 2020 a eu des conséquences économiques considérables pour les particuliers et les entreprises. Ils ont ainsi sollicité les services de la Médiation de l'Assurance afin d'obtenir la prise en charge de litiges variés, consécutifs à la Covid-19. Au 9 juin 2021, la Médiation de l'Assurance a été saisie de 574 réclamations liées à la pandémie de Covid-19, parmi lesquelles 51 % étaient recevables.

Les saisines concernaient pour 42,2 % les garanties liées aux contrats « annulation de voyage », pour 33 % les garanties pertes d'exploitation des entreprises, pour 15,6 % les garanties prévoyance (arrêts de travail de personnes vulnérables ou se ressentant comme telles), pour 4,4 % des dossiers relatifs à une assurance automobile (demande de réduction de la prime, au nom d'une diminution du risque, le véhicule ayant moins roulé) et 4,8 % des saisines se rattachaient à d'autres problématiques (prise en charge de frais de garde d'enfants pendant le confinement par exemple).

Cette crise sanitaire tout à fait exceptionnelle a mis en exergue des problématiques contractuelles inédites ayant fait l'objet de désaccords entre les assurés et leurs assureurs. Il est donc intéressant et opportun de présenter un panorama des réclamations soumises à la Médiation de l'Assurance au cours de ces derniers mois.

Le communiqué de presse du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance du 7 décembre 2020 a ouvert la possibilité de recourir à la Médiation de l'Assurance pour toutes les assurances professionnelles, c'est-à-dire celles où l'assuré est une PME, un commerçant, un artisan, un travailleur indépendant…

Par principe, tous les litiges professionnels peuvent donc être soumis à la Médiation de l'Assurance pour qu'une « proposition de solution » soit rendue par nos services. Par exception, certains assureurs ont décliné l'entrée en médiation pour certains litiges, notamment parce que d'autres assurés les avaient assignés en justice concernant l'application de contrats d'assurance dont les conditions contractuelles étaient identiques. Cette possibilité a été prévue lors des accords du 7 décembre 2020.

EN ASSURANCE DOMMAGES

Les saisines de la Médiation de l'Assurance par des assurés professionnels concernent principalement la mise en œuvre des garanties pertes d'exploitation. La mobilisation de cette garantie a été sollicitée par des entreprises issues de secteurs d'activités variés : restaurateurs, hôteliers, coiffeurs, instituts de beauté, commerces, médecins, chauffeurs de taxis, photographes, etc.

Selon la définition de la Fédération Française de l'Assurance (FFA), la perte d'exploitation est une garantie permettant *« à l'entreprise de compenser les effets de la diminution du chiffre d'affaires et de faire face à ses charges fixes (…). L'indemnité versée au titre de la garantie des pertes d'exploitation est destinée à compenser la baisse du chiffre d'affaires. Elle permet de replacer l'entreprise dans la situation financière qui aurait été la sienne si le sinistre n'avait pas eu lieu »*.

Dans la majorité des dossiers soumis à notre appréciation, **la mise en œuvre de la garantie pertes d'exploitation est conditionnée à l'existence d'un sinistre contractuellement garanti** – comme un incendie, un dégât des eaux, un événement climatique ou un attentat. En d'autres termes, il s'agit d'une garantie accessoire conditionnée à la mobilisation, au préalable, d'une autre garantie.

Dès lors, dans ces hypothèses sans difficultés, en l'absence de sinistre garanti, il a été considéré que c'est à juste titre que l'entreprise d'assurance avait décidé de ne pas mobiliser la garantie pertes d'exploitation souscrite.

Une autre incompréhension apparaît fréquemment, en l'absence d'une clause d'exclusion formelle et limitée relative à l'épidémie ou la pandémie au sein du contrat d'assurance. Dans ce cas, de nombreux assurés considèrent que la perte d'exploitation devrait alors être prise en charge. Cet argument, récurrent dans les saisines, n'est pas pertinent. Il convient de rappeler un principe essentiel selon lequel **même si le cas d'une épidémie n'est pas explicitement exclu du contrat d'assurance, il est toutefois indispensable que les conditions de la garantie pertes d'exploitation soient remplies** pour que l'assureur ait à intervenir.

Au-delà des pertes d'exploitation, les saisines de professionnels ont également porté sur le devoir de conseil de l'assureur ou du courtier, ainsi que sur le montant de leurs primes.

En plus de ces saisines professionnelles, l'impossibilité pour les assurés de voyager pendant une période de confinement a généré de nombreuses saisines relatives aux garanties annulation de voyage. Il a été constaté que ces contrats, souvent rattachés aux cartes bancaires des assurés, comportaient des exclusions sur les épidémies. Cette notion d'épidémie a été source de débats puisque certains assurés ont soutenu que la Covid-19 étant mondiale, il s'agissait d'une pandémie, non expressément exclue.

La clause d'exclusion, en ce qu'elle prive l'assuré du bénéfice de la garantie en considération de circonstances particulières de réalisation du risque, doit être, notamment en vertu de l'article L.113-1 du Code des assurances, *« formelle et limitée »*, c'est-à-dire permettre à l'assuré de savoir dans quelles circonstances il ne sera pas garanti. Il est manifeste que le terme « épidémie » permet à un assuré de savoir dans quel cas il sera ou non garanti.

Le dictionnaire Larousse définit la pandémie comme une *« épidémie étendue à toute la population d'un continent, voire au monde entier »*. Dès lors, une pandémie se caractérise par une épidémie qui s'est généralisée mondialement. **La position retenue est donc qu'il n'y a pas lieu de distinguer les deux termes.**

Sur ces dossiers, le Médiateur de l'Assurance a su faire preuve de souplesse et de compréhension à l'égard de certains assurés dont la situation personnelle nécessitait une attention particulière.

À titre d'illustration, un assuré souffrait d'une pathologie nécessitant une hospitalisation et avait donc procédé à l'annulation de son voyage. Les conditions de la garantie annulation de voyage prévoyaient

la nécessité d'une hospitalisation pour obtenir un remboursement du voyage réservé. Toutefois, en raison de la situation sanitaire tendue dans les hôpitaux, l'assuré avait décidé de se faire soigner à domicile, en raison de son âge et de son état de santé, justificatifs à l'appui. Dans la proposition de solution rendue, l'assureur a été invité, à titre d'équité et dans un souci d'apaisement des relations, à prendre en charge les frais d'annulation du voyage de l'assuré et ce, malgré l'absence d'hospitalisation comme l'exigeait son contrat d'assurance.

Ces positions prises en équité répondent à la recherche d'un équilibre entre le contrat liant les parties et la nécessité de prendre en compte les situations personnelles des assurés en cette période difficile.

En assurance automobile, certains assurés ont pensé, à tort, que la baisse de la fréquence d'utilisation de leur véhicule entrainerait logiquement une baisse de leurs cotisations.

Selon la doctrine, la diminution du risque est caractérisée si elle supprime tout ou partie du risque déclaré lors de la souscription du contrat. Or, l'inutilisation du véhicule assuré ou sa moindre utilisation pendant une période donnée ne supprime pas le risque déclaré lors de la souscription, d'une part, en raison de son caractère temporaire mais surtout compte tenu du fait qu'en l'absence de précision sur ce point figurant aux conditions particulières, la tarification du contrat n'était pas liée au nombre de kilomètres parcourus par l'assuré. Réciproquement, si en raison de circonstances particulières, l'assuré est amené à utiliser son véhicule plus souvent qu'à l'accoutumée, cela ne constitue pas une aggravation du risque emportant une augmentation de la prime.

Par conséquent, en l'absence de diminution du risque au sens de l'article L.113-4 du Code des assurances, l'assureur n'était pas tenu de proposer une réduction du montant de la prime.

En assurance scolaire, un assuré a demandé la mise en œuvre de la garantie « interruption de scolarité » de son contrat, au motif que ses enfants n'avaient pas pu être scolarisés pendant le confinement. La pandémie de Covid-19 ne rentrant pas dans le cadre de la définition d'accident, exigé au contrat pour la mobilisation de la garantie, le remboursement des frais d'interruption de scolarité, à savoir les pertes de salaire liées à la garde des enfants à domicile ainsi que les frais de garde n'ont légitimement pas été pris en charge par l'assureur.

EN PRÉVOYANCE

L'objet d'un contrat de prévoyance est, notamment, de compenser la perte de revenus liée à un arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie, ou encore à une invalidité. Selon l'événement qui survient, l'assureur délivre la garantie adéquate, en fonction des conditions contractuelles.

Ce contexte inédit de crise sanitaire a rappelé que ce type de contrat n'avait pas vocation à s'appliquer pour toutes les situations de suspension de l'activité professionnelle. En effet, si le contrat jouera pleinement son rôle lorsque l'assuré est atteint du virus SARS-CoV-2, cela s'avèrera plus délicat lorsqu'il est placé en arrêt dit « de prévention » par son médecin du fait de la fragilité de son état de santé.

Les Pouvoirs publics ont mis en place des mesures afin d'assurer la protection des personnes dites « vulnérables », c'est le cas notamment de la recommandation du confinement à domicile à titre préventif.
La personne « vulnérable » est définie par le législateur dans la loi n° 2020-473 du 25 avril 2020, plus précisément en son article 20, comme celle « *(…) présentant un risque de développer une forme grave d'infection au virus SARS-CoV-2, selon des critères définis par voie réglementaire* ».

Plusieurs décrets successifs(1) sont ainsi venus en préciser les contours.

La Fédération Française de l'Assurance (FFA) s'est alignée sur ces dispositions s'agissant de l'indemnisation des arrêts de travail pris à titre préventif par les travailleurs indépendants, particulièrement touchés par cette crise. Elle a ainsi invité les assureurs à prendre en charge ces arrêts de travail à condition que ces derniers répondent à l'un des critères de vulnérabilité en vigueur et qu'ils soient atteints d'une pathologie reconnue officiellement comme affection de longue durée (ALD).

Il s'agit là d'une mesure exceptionnelle n'entrant pas dans le champ d'application du contrat. Pour autant, les dossiers soumis à la Médiation de l'Assurance montrent que la plupart des assureurs ont respecté les recommandations émises par la FFA et, pour certains, sont même allés au-delà en favorisant les gestes commerciaux.

Sur la totalité des saisines soumises à la Médiation de l'Assurance, 15,6 % concernent des assurances de personnes dont les litiges se cristallisent principalement sur cette notion de « personne vulnérable ».

En voici un exemple. Une infirmière libérale a saisi le Médiateur pour contester la décision de son assureur consistant à refuser la prise en charge son arrêt de travail. Elle faisait notamment valoir qu'elle était une personne à risque face au virus SARS-CoV-2 du fait de l'hypertension artérielle dont elle était atteinte. Les éléments médicaux du dossier montraient que l'arrêt de travail avait été prescrit à titre préventif par son médecin, afin d'éviter tout risque de contamination et de complication de son affection. L'assurée ne justifiait donc pas d'une incapacité totale d'exercer son activité professionnelle en raison d'une maladie au sens du contrat. Par ailleurs, elle n'entrait pas dans le champ des mesures exceptionnelles prises puisque, d'une part, son affection n'avait pas été reconnue en tant qu'affection de longue durée par la Sécurité sociale et, d'autre part, qu'elle ne présentait pas un degré de gravité suffisant au sens du décret n° 2020-521 du 5 mai 2020, celui-ci imposant que l'hypertension artérielle soit accompagnée de complications *« cardiaques, rénales ou vasculo-cérébrales »*. Le Médiateur a alors considéré que la décision de l'assureur, consistant à restituer les cotisations versées durant sa période d'arrêt de travail, lui était favorable.

Dans d'autres dossiers, il s'agissait d'arrêts de travail prescrits à titre préventif à des assurées enceintes. Conformément aux recommandations de la FFA, seules les femmes qui sont au troisième trimestre de leur grossesse sont considérées comme vulnérables face au virus et peuvent prétendre à une indemnisation de la part de leur assureur. Le Médiateur a ainsi donné raison à l'assureur qui avait refusé de

mettre en œuvre la garantie incapacité temporaire totale de travail au profit d'une kinésithérapeute qui ne justifiait pas d'une grossesse pathologique (qui aurait permis une prise en charge contractuelle) et qui était seulement à son premier trimestre de grossesse lors de son arrêt de travail.

En revanche, le Médiateur a rappelé à un autre assureur qu'à compter de l'entrée dans le troisième trimestre de grossesse, l'indemnisation était due. Dans ce dossier, l'assureur avait néanmoins pris en charge une partie de l'arrêt de travail de l'assurée lors du premier trimestre de sa grossesse que le Médiateur a demandé à la compagnie de lui laisser en raison de son erreur d'appréciation.

Le Médiateur a également été saisi par des assurés qui sollicitaient la prise en charge de leur arrêt de travail en se fondant sur d'autres arguments que celui d'être une personne vulnérable.

Un assuré qui avait été placé en arrêt de travail au motif qu'il cohabitait avec une personne vulnérable, en l'occurrence, son épouse, faisait valoir que l'assureur devait venir en complément de l'indemnisation qu'il avait perçue de la Sécurité sociale compte tenu de sa situation. Tout d'abord, le Médiateur a rappelé qu'un assureur privé ne saurait être tenu par les décisions rendues par d'autres organismes. Puis, il a précisé que l'assureur n'était tenu de prendre en charge l'arrêt de travail de son assuré qu'à la condition que celui-ci résulte d'une altération de son état de santé, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. L'assureur avait néanmoins pris en compte la situation exceptionnelle de son assuré en prenant en charge une partie de son arrêt de travail à titre commercial, ce qui était satisfaisant.

Dans le même sens, le Médiateur a été saisi par une assurée qui contestait la cessation de prise en charge de son assureur à compter du 1er mai 2020. Elle indiquait qu'elle justifiait d'une impossibilité de travailler en raison de son maintien à domicile pour la garde de ses trois enfants jusqu'au 7 juin 2020, date de réouverture des établissements scolaires. Si cette assurée a bénéficié du système exceptionnel d'indemnités journalières mis en place par les Pouvoirs publics(2), l'assureur qui n'avait pas pris de tels engagements n'était contraint que par le contrat les liant, qui limitait la prise en charge aux arrêts de travail consécutifs à une maladie ou à un accident. Là encore, le Médiateur a considéré qu'était satisfaisant le geste commercial de l'assureur consistant à prendre en charge son arrêt de travail pour quinze jours seulement.

On notera que, pour l'instant, les saisines portant sur les contrats de retraite et les complémentaires santé sont plus marginales.

Un assuré avait saisi le Médiateur afin d'obtenir le déblocage des fonds de son contrat de retraite Madelin. Il s'appuyait notamment sur l'article 12 de la loi n° 2020-935 du 30 juillet 2020 de finances rectificative qui permet aux travailleurs non-salariés de solliciter le déblocage exceptionnel de leur épargne sous réserve d'en faire la demande jusqu'au 31 décembre 2020. En cours d'instruction du dossier, l'assureur a fait droit à la demande de son assuré en lui versant la somme de 8 000 euros.

Enfin, s'agissant des complémentaires santé, le Médiateur a rappelé à un assuré qu'il ne pouvait prétendre au remboursement de frais liés à l'achat de masques chirurgicaux et de gel hydroalcoolique puisqu'ils n'étaient pas remboursés par la Sécurité sociale.

RECOMMANDATIONS

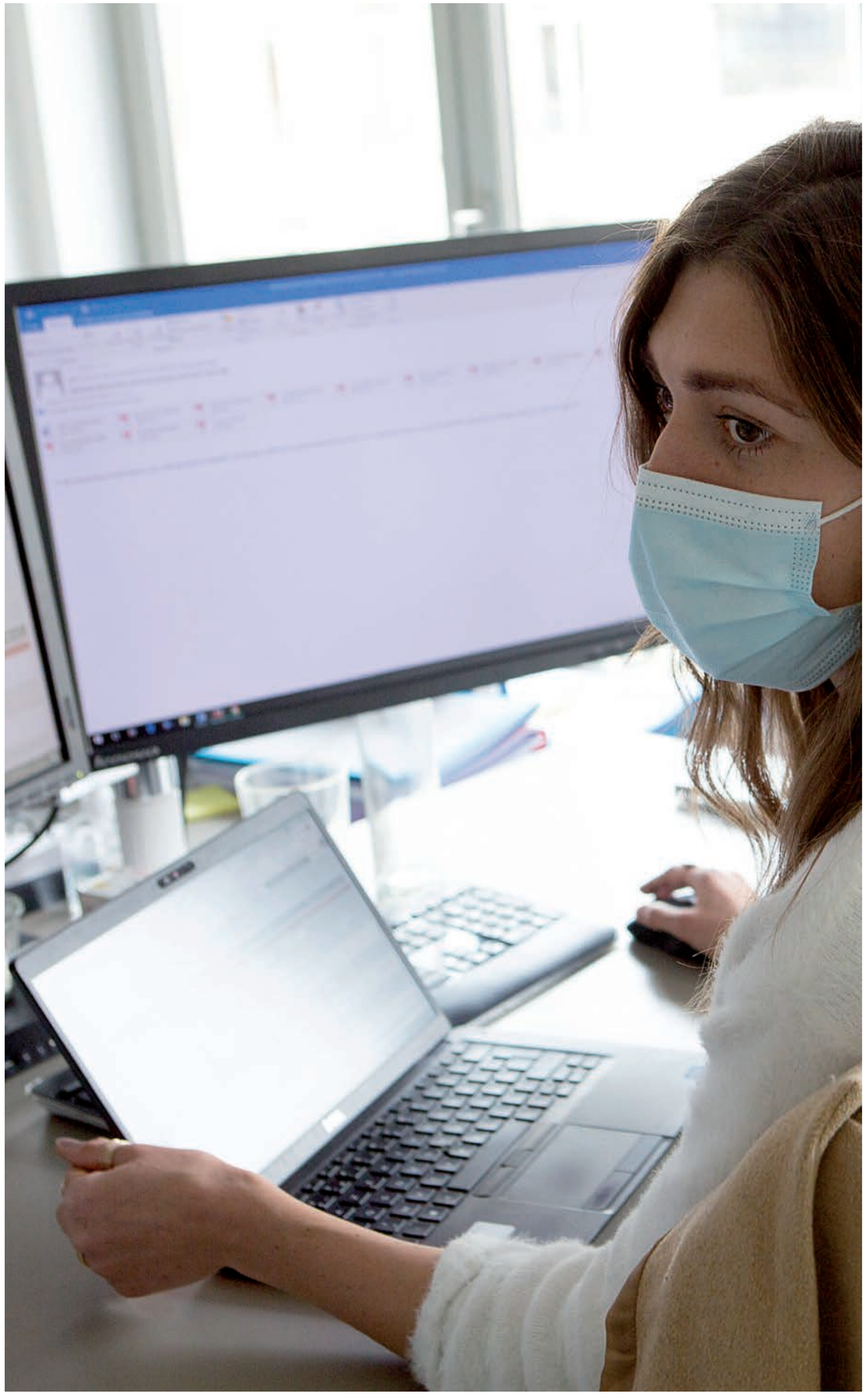
Le Médiateur invite tous les assurés à lire attentivement les conditions particulières et générales de leur contrat d'assurance avant sa souscription afin d'appréhender les garanties souscrites, assorties de leurs conditions et exclusions. En cours de contrat, lorsque l'assuré estime que son contrat n'est plus en adéquation avec ses besoins ou sa situation personnelle, il ne doit pas hésiter à se rapprocher de son courtier ou de son assureur, afin que celui-ci lui propose un contrat plus adapté.

Beaucoup des déceptions ressenties pendant cette crise auraient été évitées si l'assuré avait mieux compris la réalité de sa protection, ce qui suppose un effort d'information et de pédagogie de l'assureur mais également une volonté de l'assuré de s'approprier son contrat et de le comprendre.

Le simple fait que l'assureur n'ait pas prévu une exclusion sur la situation d'épidémie ou de pandémie n'implique pas une prise en charge automatique des pertes d'exploitation, même si cette garantie a effectivement été souscrite. Il est indispensable que les conditions propres à la garantie soient réunies.

Étude réalisée par Kelly Leitao et Fiona Fontaine

(1) Décret n° 2020-521 du 5 mai 2020 ; Décret n° 2020-1098 du 29 août 2020 et Décret n° 2020-1365 du 10 novembre 2020.
(2) Dans le cadre de la fermeture de tous les lieux d'accueil collectifs des enfants à compter du 13 mars 2020, les parents d'enfants de moins de 16 ans, se trouvant dans l'impossibilité de continuer à travailler pour garder leurs enfants, ont ainsi pu bénéficier d'un arrêt de travail pour garde d'enfant et du versement d'indemnités journalières par la Sécurité sociale.



5

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

5A

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

LA RELATION CONTRACTUELLE



Étude réalisée par Alexis Vendé

LES OBJETS DE VALEUR PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN CAPITAL SPÉCIFIQUE

Lors de la souscription d'un contrat d'assurance habitation, l'assuré déclare le montant du capital mobilier à assurer. Les objets de valeur relèvent généralement d'un plafond distinct. À défaut de la mention d'un capital spécifique dans les conditions particulières, les objets de valeur pourraient ne pas être assurés.



Les assurés doivent vérifier régulièrement si les montants garantis pour le mobilier et les objets de valeur, indiqués aux conditions particulières, correspondent toujours à leur besoin de couverture, et le cas échéant, actualiser ces montants.

Dans un cas soumis au Médiateur, trois collections de livres anciens appartenant à l'assuré ont été dérobées à l'occasion d'un cambriolage. L'assureur a refusé la prise en charge de ces biens, au motif que ceux-ci constituaient des objets de valeur, non garantis par le contrat d'assurance souscrit.

En effet, les conditions particulières de l'assuré mentionnaient, au titre du capital garanti pour les objets de valeur : « *0 euro* ». Les conditions générales du contrat d'assurance prévoyaient quant à elle la prise en charge du vol des biens mobiliers « *dans la limite des capitaux précisés aux Conditions particulières* ».

En vertu de ces stipulations contractuelles, l'assureur a donc uniquement indemnisé, au titre de la garantie vol, le mobilier dérobé. Il a cependant refusé d'intervenir concernant la prise en charge du vol des livres anciens, ceux-ci étant considérés comme des objets de valeur.

L'assuré a contesté ce refus, estimant que ses livres anciens ne constituaient pas des objets de valeur, puisque leur valeur unitaire n'atteignait pas le montant fixé par les conditions générales du contrat d'assurance.

La définition des objets de valeur peut varier d'un contrat à l'autre. En l'occurrence, l'assureur a rappelé qu'aux termes du contrat d'assurance souscrit, « *Les collections de toutes natures lorsque leur valeur totale est supérieure à 3 fois l'indice* » étaient considérées comme des objets de valeur et qu'il fallait entendre par collection, une « *série d'objets similaires ou ensemble d'éléments groupés en raison de certains points communs* ».

En l'espèce, l'expert avait indiqué dans son rapport que chacune des séries de livres rares dérobées constituait un « *ensemble homogène* », correspondant donc à la définition de collection.

En effet, les ouvrages dérobés constituaient les différents volumes de plusieurs ensembles littéraires. Il s'agissait donc bien de plusieurs ensembles d'éléments groupés en raison de certains points communs, comme stipulé dans le contrat d'assurance.

Dans ce cas, s'agissant de collections, il n'y avait pas lieu de considérer la valeur unitaire de chaque livre mais de s'attarder sur la valeur de chaque collection, qui selon son montant, devait être considérée ou non comme un objet de valeur.

Les trois collections ont été estimées à 3 900 euros, 7 000 euros et 10 500 euros. Leur montant dépassait donc effectivement trois fois l'indice, à savoir 2 960 euros. La qualification d'objet de valeur a donc été légitimement retenue.

Ainsi, en l'absence de garantie pour les objets de valeur – le capital déclaré étant de 0 euro – le Médiateur n'a pu que constater que l'assureur ne pouvait être tenu de procéder à l'indemnisation de ces collections de livres anciens. ●

Le souscripteur doit être attentif à la définition contractuelle d'objet de valeur, vérifier si le contrat comporte un plafond de garantie distinct et veiller à donner une estimation correspondant à la réalité pour être pris en charge à hauteur de leur valeur en cas de sinistre.

Étude réalisée par Sandrine Perrotel

LE COURTIER DOIT ADAPTER SA PROPOSITION D'ASSURANCE APRÈS LA VISITE DE RISQUE

Le courtier en assurance est tenu à un devoir de conseil auprès de ses clients notamment au moment de la souscription d'un contrat d'assurance. Son rôle est essentiel lors de l'élaboration du contrat concernant l'étendue des garanties à proposer à l'assuré, en fonction des informations dont il a connaissance.



La visite de risque est l'un des moyens pour le courtier de diriger les choix de son client au mieux de ses intérêts afin d'assurer dans les meilleures conditions la couverture de ses biens.

Le devoir de conseil des courtiers d'assurance repose sur l'article L.521-4 du Code des assurances, issu de l'ordonnance n°2018-361 du 16 mai 2018, qui dispose : « *I.- Avant la conclusion de tout contrat d'assurance, le distributeur mentionné à l'article L.511-1 précise par écrit, sur la base des informations obtenues auprès du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel, les exigences et les besoins de celui-ci et lui fournit des informations objectives sur le produit d'assurance proposé sous une forme compréhensible, exacte et non trompeuse afin de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause. Le distributeur conseille un contrat qui est cohérent avec les exigences et les besoins du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel et précise les raisons qui motivent ce conseil (...)* ».

Dans un cas soumis au Médiateur, l'assuré a souscrit, par l'intermédiaire d'un courtier, un contrat d'assurance habitation.

L'assuré a été victime d'un vol dans son habitation et l'assureur a refusé de l'indemniser pour les biens dérobés dans sa dépendance ainsi que ceux utilisés dans le cadre de son activité professionnelle. En effet, la garantie « vol en dépendances » n'avait pas été souscrite et le contrat prévoyait une exclusion de garantie pour les biens professionnels dès lors que l'habitation constituait le siège d'une société.

L'assuré a contesté cette décision, en faisant valoir que le courtier avait effectué une visite du risque à assurer et que, par conséquent, il avait manqué à son devoir de conseil.

À l'appui de sa réclamation, l'assuré a adressé des échanges écrits avec le courtier faisant état d'une rencontre dans les bureaux de l'assuré et d'une demande d'un extrait Kbis de son entreprise.

Le Médiateur a ainsi relevé qu'il ne pouvait pas être contesté que le courtier, lors de la souscription du contrat, avait connaissance du fait que l'assuré exerçait son activité professionnelle sur son lieu d'habitation, et que celui-ci disposait d'une dépendance.

En l'espèce, il n'était pas démontré que le courtier avait mis en garde l'assuré sur l'absence de garantie des biens professionnels alors que son habitation constituait le siège d'une société, et que le contrat ne comportait pas de garantie « vol en dépendances ».

L'assuré a donc perdu une chance de souscrire un contrat plus adapté à sa situation.

Lorsque la perte de chance est établie, elle constitue un préjudice indemnisable mais seule cette perte peut être indemnisée. Autrement dit, le préjudice de perte de chance ne se répare pas intégralement mais se limite à une certaine somme correspondant à la seule chance perdue.

Le Médiateur a estimé que cette perte de chance pouvait être évaluée à hauteur de 50 % et a demandé au courtier d'indemniser l'assuré de son préjudice à hauteur de 50 % de l'indemnité qu'il aurait pu percevoir en souscrivant des garanties complémentaires. ●

Si l'assuré décide de choisir un contrat aux garanties minimales, l'intermédiaire doit d'une part, alerter son client sur le risque d'insuffisance de couverture de ses risques et d'autre part, conserver une preuve de la mise en garde prodiguée.

DEVOIR DE CONSEIL DE L'INTERMÉDIAIRE

Étude réalisée par Yonathan Lacombe

LES LIMITES AU DEVOIR DE CONSEIL DE L'INTERMÉDIAIRE

Si l'intermédiaire est tenu à un devoir de conseil envers l'assuré, celui-ci trouve sa limite dans l'obligation qui pèse sur l'assuré de prendre connaissance des documents qui lui sont remis.



Afin d'éviter toute déconvenue, le Médiateur recommande aux assurés de bien lire l'ensemble des documents qui sont soumis à son attention avant de les ratifier. Sans cela, un éventuel défaut de conseil de l'intermédiaire sera difficile à invoquer.

Le Médiateur invite les intermédiaires d'assurance à vérifier la bonne compréhension par les souscripteurs des garanties et options qui leur sont présentées afin d'éviter toute désillusion en cas de sinistre.

Après avoir constaté des anomalies sur le véhicule qu'il venait d'acquérir, un assuré a sollicité la mise en œuvre de la garantie optionnelle « défense juridique » de son contrat.

Face au refus opposé par l'assureur, au motif que l'option n'avait pas été souscrite, l'assuré a reproché à son intermédiaire d'avoir manqué à son devoir de conseil en ne l'informant pas de l'existence de cette garantie optionnelle.

Dès 1964, la Cour de cassation a mis à la charge des intermédiaires une obligation de conseil, affirmant que le courtier « *doit être un guide sûr et un conseil expérimenté* » pour son client (Cass. civ. 1ère, 10 nov. 1964, n° 62-13.411). Désormais, l'obligation de conseil figure à l'article L.520-1 du Code des assurances.

Le devoir de conseil implique de fournir toutes les informations de nature à permettre au souscripteur de choisir les garanties adaptées à son risque et de s'assurer que le contrat proposé correspond aux besoins du candidat à la souscription. Le conseil doit être personnalisé et non standardisé.

Cependant, le conseil n'est pas dû lorsque l'assuré est en mesure, à la simple lecture de la police et de l'avenant qu'il signe, de connaître les conditions précises du contrat (Cass. civ. 1ère, 13 mai 2003, n° 00-15.266).

Dans le cas d'espèce, au sein de la proposition d'assurance, les différentes garanties proposées par le contrat étaient décrites. Or, à côté de la garantie optionnelle litigieuse, la mention « *Non choisi* » apparaissait.

Le Médiateur a alors constaté que l'assuré avait signé la proposition d'assurance du contrat, qui listait les garanties proposées et souscrites ou non par l'assuré.

Il ne pouvait donc être soutenu que l'existence de la garantie optionnelle, ainsi que son fonctionnement n'avaient pas été portés à la connaissance de l'assuré, ces informations figurant sur la proposition d'assurance ratifiée par l'assuré. Une lecture, même rapide, des dispositions figurant dans ce document lui aurait permis de connaitre l'étendue de ses garanties.

En conséquence, il ne pouvait être reproché un défaut de conseil à l'intermédiaire. ●

Étude réalisée par Océane Vernier-Chauvet

ANNULATION DE VOYAGE

LA GARANTIE NE PEUT ÊTRE REFUSÉE POUR DES MOTIFS NON PRÉVUS DANS LE CONTRAT

Les dispositions contractuelles s'imposent aux parties. Pour refuser la mise en œuvre de sa garantie annulation de voyage, un assureur ne peut donc pas se fonder sur des critères médicaux non prévus par le contrat.

Les assureurs peuvent librement délimiter le champ des garanties qu'ils proposent en définissant les risques couverts et en stipulant les conditions de garantie. Le contrat ayant force obligatoire entre les parties, ses dispositions s'imposent à elles. Un assureur ne peut donc les modifier unilatéralement, ni refuser sa garantie dès lors que les conditions sont remplies.

Les contrats d'assurance « annulation de voyage » amènent régulièrement les assurés à se tourner vers le Médiateur, dénonçant des refus de prise en charge.

À titre illustratif, le Médiateur a ainsi été saisi d'un litige relatif à un contrat prévoyant notamment le remboursement des frais restés à la charge de l'assuré en cas d'annulation d'un voyage résultant d'une « *maladie grave* ». Le contrat définissant la maladie grave comme celle ayant entraîné une hospitalisation de l'assuré pendant plus de vingt-quatre heures et l'empêchant de voyager, l'assuré devait, pour obtenir le remboursement des frais restés à sa charge, fournir un certificat médical faisant état de ces éléments.

L'assuré a transmis le certificat médical requis, dans lequel le médecin confirmait la contre-indication à voyager et rappelait une hospitalisation de plusieurs jours. L'assureur a cependant refusé la mise en œuvre de sa garantie, au motif que la pathologie ayant entraîné l'annulation du voyage n'empêchait pas l'assuré de voyager au regard des « *standards internationaux d'aptitude à voyager* », sans autres précisions.

Le Médiateur a toutefois relevé qu'aucun document contractuel ne faisait mention de ces « standards internationaux » pour que l'assuré puisse prétendre à sa garantie.

Après avoir rappelé que seules les dispositions contractuelles s'imposaient aux parties, et constaté que l'assuré remplissait les conditions de garantie prévues par le contrat, le Médiateur a donc invité l'assureur à délivrer la garantie annulation de voyage. ●



L'assureur ne peut se prévaloir de critères non prévus contractuellement pour refuser sa garantie.

Le Médiateur invite les assureurs à préciser dans leurs contrats d'assurance « annulation de voyage » les critères médicaux permettant d'apprécier l'état de santé de l'assuré.

ASSURANCE AUTOMOBILE

Étude réalisée par Sandrine Perrotel

IL FAUT TOUJOURS ASSURER SON VÉHICULE, MÊME S'IL NE ROULE PLUS

Le fait qu'un véhicule ne roule plus ne soustrait pas son propriétaire à l'obligation d'assurance et n'est donc pas un motif de résiliation.



Quand un assuré demande la résiliation d'un contrat d'assurance en raison de l'absence de circulation du véhicule, l'assureur doit lui rappeler l'obligation d'assurance pesant sur le propriétaire d'un véhicule et peut lui proposer de ne maintenir que les garanties obligatoires.

Une voiture, même immobile, représente un risque pour les tiers. Elle peut prendre feu, exploser ou les freins peuvent lâcher et causer un dommage aux tiers.
Pour ces raisons, il est important d'être assuré au titre d'une garantie responsabilité civile.

Un assuré demandait la suspension de son contrat d'assurance automobile car son véhicule n'était plus en circulation.

Afin de procéder à la résiliation du contrat, l'assureur a alors demandé à l'assuré de confirmer que le véhicule était bien hors service, batterie débranchée et que la carte grise avait été retournée à la Préfecture avec la mention « épave ».

Faute pour l'assuré d'avoir communiqué ces documents, l'entreprise d'assurance n'a pas procédé à la résiliation du contrat et a adressé à l'assuré une mise en demeure de régler la prime d'assurance.

Ce dernier a contesté, estimant que dès lors que son véhicule nécessitait d'importantes réparations et n'était plus en état de rouler, son contrat d'assurance devait être résilié.

Cependant, tout véhicule terrestre à moteur doit obligatoirement être assuré au minimum « au tiers » – c'est-à-dire qu'il doit être couvert pour les dommages causés aux tiers – et ce, même s'il est immobilisé (article L.211-1 du Code des assurances).

Le contrat devait donc poursuivre ses effets, et notamment la garantie responsabilité civile du conducteur. Bien que n'utilisant plus son véhicule, l'assuré était toujours en sa possession. Par conséquent, il n'était pas possible de procéder à la résiliation du contrat d'assurance automobile pour les motifs invoqués par l'assuré, qu'il s'agisse de la perte totale ou de la résiliation à l'échéance.

Concernant la résiliation pour perte totale du véhicule, l'assuré doit fournir un document justifiant qu'il n'est plus en possession de son véhicule, par exemple un document attestant de sa cession à un épaviste. L'assuré n'a pas pu joindre un tel document à sa réclamation de sorte que la résiliation pour perte totale du véhicule n'était pas possible.

Ensuite, pour pouvoir prétendre à la résiliation du contrat d'assurance à échéance, l'assuré doit adresser un courrier recommandé à son assureur deux mois avant la date d'échéance de son contrat. Les délais n'ayant pas été respectés en l'espèce, la demande de l'assuré pouvait être refusée.

L'assureur a alors proposé de procéder à une diminution des garanties afin de n'assurer le véhicule qu'au minimum des garanties, ceci à effet rétroactif, à la date de la première demande.

Le Médiateur a confirmé que la proposition de l'assureur était satisfaisante puisqu'elle allait même au-delà des obligations légales. ●

Étude réalisée par Aurélie Touitou

DÉCLARATION DE SINISTRE

LES VARIATIONS DANS LA DÉCLARATION DE SINISTRE PEUVENT ÊTRE SANCTIONNÉES

La seule déclaration inexacte de l'assuré à l'occasion d'un sinistre ne suffit pas à lui opposer une déchéance de garantie. Il faut pouvoir établir qu'elle a été faite de manière intentionnelle. La variation des déclarations de l'assuré concernant son sinistre permet dans certains cas d'établir cette intentionnalité.

Les contrats d'assurance prévoient généralement une clause de déchéance privant l'assuré de son droit à indemnisation en cas de fausse déclaration intentionnelle de ce dernier sur la date, les circonstances ou les conséquences d'un évènement garanti.

Il s'agit d'une sanction légitime en cas de tentative de fraude de la part de l'assuré. Toutefois, pour être valablement opposée, il incombe à l'assureur de démontrer d'une part, la présence d'une déclaration inexacte, et d'autre part, qu'elle a été commise intentionnellement par l'assuré.

La bonne foi entre contractants étant présumée, il appartient à celui qui allègue de la déloyauté de son partenaire d'en apporter la preuve. Il s'agit là d'un principe fondamental de droit des obligations contractuelles et la Cour de cassation a jugé que le doute sur la mauvaise foi suffit à l'écarter.

Dans le cas étudié, un assuré a adressé une première déclaration de sinistre à son assureur, précisant avoir retrouvé son véhicule stationné endommagé et sollicitant la prise en charge de ses dommages.

L'assureur a mis en place une expertise du véhicule qui a conclu que les dommages constatés ne pouvaient pas résulter d'un choc en stationnement mais étaient caractéristiques d'un choc contre un corps fixe de type poteau métallique.

Informé des conclusions du rapport d'expertise, et par conséquent des doutes de l'assureur sur les circonstances du sinistre l'assuré est revenu sur sa première déclaration de sinistre en indiquant avoir heurté un poteau en effectuant une manœuvre de recul avec son véhicule.

Or, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a précisé que les variations de déclarations de l'assuré concernant la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, permettaient d'établir l'intentionnalité d'une fausse déclaration faite par l'assuré et de le priver ainsi de tout droit à garantie (Cass. civ. 2ème, 17 janvier 2019, n° 18-11.701).

Par conséquent, il a été considéré, en application de la jurisprudence précitée, que l'assureur était fondé à opposer à l'assuré la déchéance de garantie pour ce sinistre, ayant pour conséquence le refus de prise en charge des dommages de son véhicule. ●



L'assuré a tout intérêt à déclarer avec exactitude les circonstances de survenance de son sinistre et à répondre sincèrement aux questions posées par l'assureur, pour ne pas se voir opposer une clause contractuelle le privant de son droit à garantie.

Il ne doit pas hésiter à faire part de ses réserves lorsqu'il ignore la réponse exacte à la question posée (par exemple, le kilométrage du véhicule). À défaut, il pourrait être privé de son droit à garantie.

RÉSILIATION

Étude réalisée par Tiphaine Guiot

L'ALTÉRATION DES RELATIONS COMMERCIALES : UN MOTIF DE RÉSILIATION RECEVABLE ?

Lorsque l'assureur procède à la résiliation d'un contrat d'assurance, il doit, dans certains cas, indiquer à l'assuré les raisons qui justifient sa décision. La légitimité des motifs alors invoqués peut être source de contestation.



L'assureur doit indiquer un motif de résiliation dans tous les cas où il résilie de lui-même un contrat d'assurance couvrant une personne physique en dehors de son activité professionnelle.

Dans le cadre de ces litiges, le Médiateur vérifie le respect de cette obligation de motivation par l'assureur, mais cela ne saurait le conduire à apprécier la légitimité du motif invoqué.

Un cas soumis à l'appréciation du Médiateur concernait un assuré qui avait vu ses contrats d'assurance automobile et habitation résiliés à leur échéance annuelle, en application de l'article L.113-12 du Code des assurances. Dans son courrier de résiliation, l'assureur motivait sa décision par « *l'altération des relations commerciales* ».

Par la suite, l'assuré ne parvenait pas à trouver une nouvelle entreprise d'assurance acceptant de couvrir ses risques. Estimant que ces difficultés étaient imputables au motif de rupture soulevé par l'assureur, l'assuré a contesté la résiliation en faisait valoir que : d'une part, les conditions générales de ses contrats ne prévoyaient pas de faculté de résiliation pour un tel motif ; d'autre part, ce motif n'était pas légitime car uniquement fondé sur un appel téléphonique houleux entre l'assuré et un conseiller de l'assureur.

Le Médiateur a alors tout d'abord rappelé que, conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances, l'assureur peut, comme l'assuré, librement résilier le contrat d'assurance à l'échéance annuelle, à la condition de respecter un préavis de deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Cette faculté de résiliation à l'échéance annuelle était d'ailleurs rappelée au sein des conditions générales des deux contrats souscrits par l'assuré.

En outre, lorsque l'assureur prend l'initiative de la résiliation, et que le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle, l'article L.113-12-1 du Code des assurances lui impose de motiver sa décision.

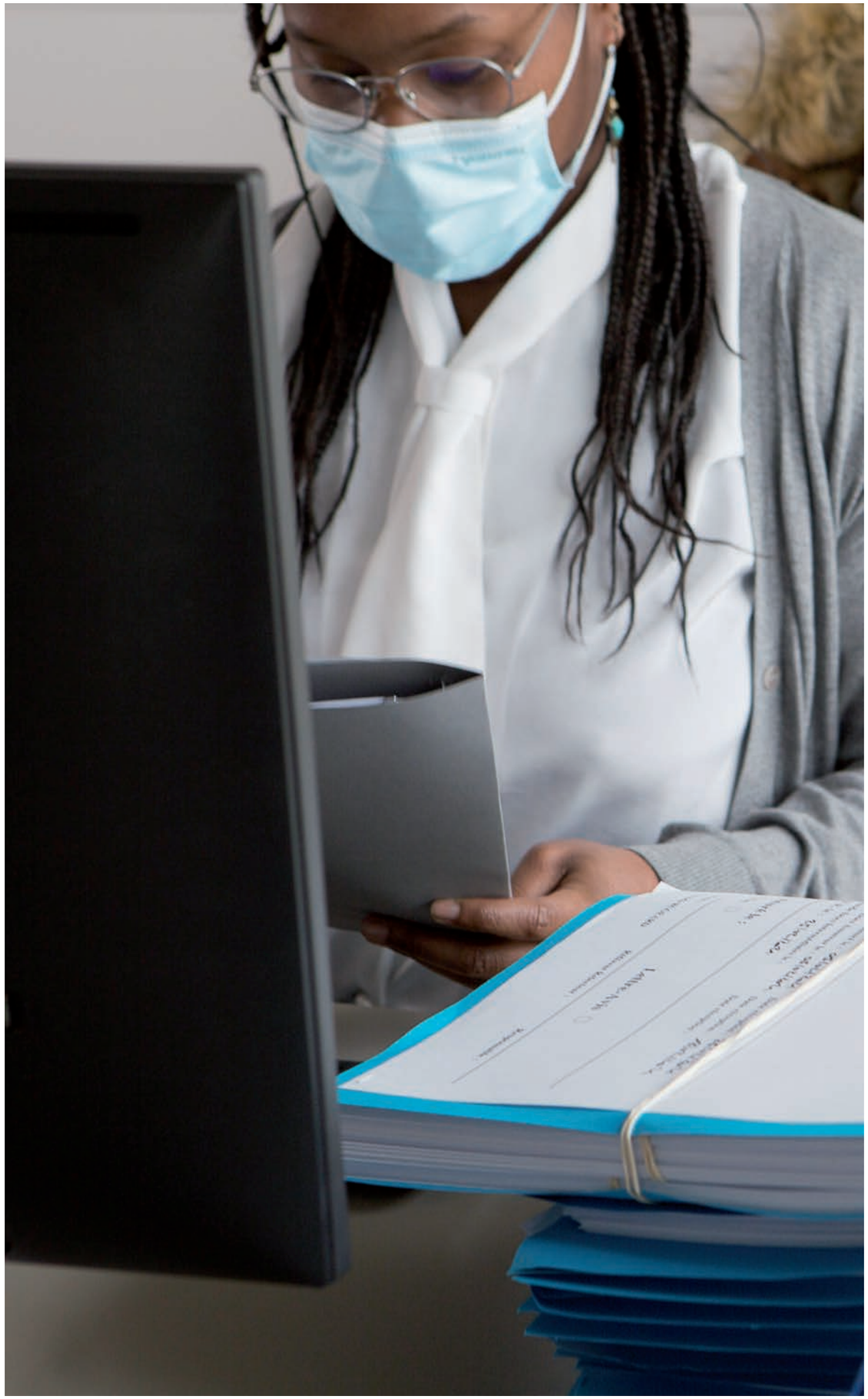
Le Médiateur a alors relevé que, si ce texte met à la charge de l'assureur une obligation de motivation, il n'impose pas pour autant que les motifs pouvant justifier une résiliation soient expressément prévus par les dispositions contractuelles. Le législateur n'a pas non plus instauré de liste de motifs considérés comme légitimes, ni de dispositif de contrôle de la motivation de la résiliation.

Ainsi, l'assureur pouvait valablement motiver sa décision de résilier le contrat par *« l'altération des relations commerciales »*, sans avoir à justifier plus avant ce motif. ●

5B

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

LE SINISTRE



ASSURANCE HABITATION

Étude réalisée par Aude Picart

LA NÉCESSAIRE MISE EN ŒUVRE DES MOYENS DE PROTECTION CONTRE LE VOL

Respecter le niveau de protection exigé au contrat ne suffit pas toujours à mobiliser la garantie vol. Il est souvent exigé que ces moyens de protection soient fonctionnels et mis en œuvre selon les dispositions contractuelles.



L'assureur est soumis à l'obligation d'exécution loyale du contrat pour protéger l'assuré d'éventuelles exigences injustifiées.

L'assuré doit porter une attention particulière aux obligations liées à la mobilisation de la garantie vol. Les moyens de protection indiqués au contrat doivent non seulement être en place, mais également activés.

Les garanties vol incluses dans les contrats d'assurance habitation sont accompagnées d'exigences relatives aux moyens de protection devant être mis en place par l'assuré. Ce dernier doit donc disposer du niveau de protection convenu lors de la conclusion du contrat, mais aussi actionner ces moyens de protection pour que la garantie soit mobilisable.

Dans le cas soumis au Médiateur, un assuré a été victime du vol par effraction de son habitation lors de son absence en journée.

Le contrat prévoyait un système de protection « Niveau 1 », c'est-à-dire une serrure « trois points ». L'utilisation effective de tous les moyens de protection existants constituait une condition de garantie et était nécessaire en cas d'absence entre 6h et 22h.

À la suite du vol, l'assureur a envoyé un expert. Ce dernier a indiqué que la porte principale comportait une serrure de cinq points, qui avait bien été verrouillée mais qu'un verrou supplémentaire installé par l'assuré n'était pas activé lors du sinistre.

À la réception de ces conclusions expertales, l'entreprise d'assurance a notifié un refus de prise en charge au motif que les mesures de protection exigées par le contrat n'étaient pas respectées.

Toutefois, le Médiateur a relevé que ce verrou supplémentaire présent sur la porte d'entrée était inefficace en raison d'un défaut d'installation, de sorte qu'il devait être assimilé à une absence de verrou.

Le principe de bonne foi qui participe de l'essence même du contrat d'assurance doit amener l'assureur, qui constate la conformité des moyens de protection aux exigences contractuelles, à accorder sa garantie et à ne pas se retrancher derrière l'existence d'un verrou supplémentaire non fonctionnel pour refuser de procéder à l'indemnisation.

Il a ainsi été considéré, compte tenu du fait que l'assuré disposait d'un système de protection supérieur à celui exigé par le contrat et que les moyens de fermeture fonctionnels avaient bien été actionnés, que la garantie vol devait être mobilisée. ●

Étude réalisée par Brigitte Rakkah

PROPRIÉTAIRE NON OCCUPANT

GARANTIE PERTES DE LOYERS : LE LOGEMENT EST-IL DEVENU INHABITABLE ?

La garantie pertes de loyer a pour objet la prise en charge de la perte économique subie par le propriétaire d'un logement lorsqu'à la suite d'un sinistre, le locataire quitte le logement. Toutefois, les conditions de délivrance de cette garantie varient selon les contrats.

Conformément aux dispositions prévues par l'article 1353 du Code civil, c'est à celui qui allègue un fait d'en apporter la preuve. Transposé en droit des assurances, cela signifie qu'il appartient à l'assuré d'établir que les conditions requises pour mettre en jeu la garantie sont réunies.

Le Médiateur a été saisi d'un litige opposant un assuré – propriétaire non occupant – à son assureur au sujet des loyers non perçus à la suite du départ de ses locataires. L'assuré sollicitait la prise en charge de ces loyers, au motif que les locataires avaient quitté le bien loué en raison de la survenance d'un sinistre.

Les conditions générales du contrat d'assurance prévoyaient ainsi que : *« lorsqu'à la suite d'un sinistre garanti (...), votre locataire doit quitter son habitation, nous prenons en charge le montant des loyers que vous ne pouvez légalement percevoir. Le montant de l'indemnité est déterminé en fonction du temps nécessaire, à dire d'expert, à la remise en état de l'habitation, dans la limite prévue aux Conditions particulières »*.

En l'espèce, l'habitation assurée avait fait l'objet de plusieurs dégâts des eaux indemnisés par l'assureur. À la suite de ces sinistres, les locataires avaient mis fin au bail de location et le bien n'avait pas été reloué durant neuf mois.

Le propriétaire assuré, faisant valoir que les dégâts des eaux successifs étaient la cause du départ des locataires, a sollicité la prise en charge des loyers.

L'assureur a sollicité un expert qui a estimé que, malgré les sinistres successifs, les locataires auraient pu continuer à séjourner au sein du bien loué.

Dans ces conditions, le Médiateur a relevé que le contrat subordonnait la garantie à un départ contraint des locataires en raison d'un sinistre garanti.

Par conséquent, et dès lors qu'il n'était pas contesté que le bien loué n'était pas devenu inhabitable, le Médiateur a constaté que les conditions de la garantie n'étaient pas réunies et a donc confirmé le refus de prise en charge opposé par l'assureur. ●



Lorsqu'il sollicite la mise en œuvre de la garantie pertes de loyer, le propriétaire assuré est tenu de rapporter la preuve de la réunion des conditions de garantie prévues par son contrat d'assurance.

Lorsque le contrat conditionne la garantie à l'impossibilité pour le locataire de se maintenir dans les lieux, le seul fait que celui-ci ait procédé à la résiliation du bail en raison de la survenance du sinistre est insuffisant pour obtenir la délivrance de la garantie.

FAUTE DOLOSIVE

Étude réalisée par Charlène Pierre

L'IMPRUDENCE N'EXCLUT PAS NÉCESSAIREMENT L'INDEMNISATION

La faute dolosive prévue à l'article L.113-1, alinéa 2 du Code des assurances permet à l'assureur de refuser sa garantie si cette faute fait perdre à l'opération d'assurance son caractère aléatoire.



La faute dolosive suppose que l'assureur démontre non seulement une faute ou une imprudence de l'assuré mais aussi la conscience de ce dernier que cette faute ou imprudence entraînerait de manière inéluctable un dommage.

Il ne faut pas confondre la faute dolosive et la faute intentionnelle, prévue à l'article L.113-1, alinéa 2, du Code des assurances. Cette dernière ne sera retenue que si l'assuré a agi avec la volonté de causer le dommage tel qu'il est survenu.

L'assuré s'étant engagé sur une route traversée par un cours d'eau et se retrouvant bloqué au milieu de celle-ci, commet-il une faute ayant pour conséquence de le priver de l'indemnisation de son sinistre ?
Dans ce dossier soumis au Médiateur, un assuré a déclaré la panne de son véhicule après avoir franchi une route traversée par un cours d'eau.
L'assureur a refusé de prendre en charge le sinistre, au motif que le comportement de l'assuré avait supprimé le caractère accidentel du sinistre et que ce dernier avait commis une faute dolosive au sens de l'article L.113-1, alinéa 2, du Code des assurances.

Afin de déterminer si l'assureur était en mesure de refuser de délivrer sa garantie, le Médiateur a rappelé les critères dégagés par la jurisprudence permettant de caractériser la faute dolosive.

Le Code des assurances dispose à l'article L.113-1, alinéa 2, que « *l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré* ».
La deuxième chambre civile de la Cour de cassation a proclamé l'autonomie de la faute dolosive, en considérant dans un arrêt récent que la faute dolosive était caractérisée lorsque l'assuré avait manqué à l'une de ses obligations et qu'il avait conscience du fait que ce manquement entraînerait de manière inéluctable un dommage faisant disparaître le caractère aléatoire du risque garanti (Cass. civ. 2ème, 20 mai 2020, n° 19-14.306).

Le contrat d'assurance est un contrat aléatoire au sens de l'article 1108, alinéa 2 du Code civil, lequel prévoit que « *le contrat est aléatoire lorsque les parties acceptent de faire dépendre les effets du contrat, quant aux avantages et aux pertes qui en résulteront, d'un événement incertain* ».
La connaissance par l'assuré que son action ou son inaction aura pour effet la réalisation d'un sinistre entrainant l'intervention de son assureur supprime cet aléa privant le contrat de sa caractéristique essentielle.
S'agissant d'une exclusion de garantie, la preuve de la réunion de ses conditions est laissée à la charge de l'assureur. Ainsi, pour refuser la prise en charge du sinistre, l'assureur doit démontrer non seulement que l'assuré a eu un comportement ayant pour effet de rendre inévitable la réalisation du dommage mais aussi sa volonté de faire disparaître l'aléa attaché à la couverture du risque.

Au regard de ces éléments, le Médiateur a conclu que, si la circonstance d'avoir traversé une route inondée constituait un manque de vigilance de l'assuré, les éléments du cas d'espèce n'avaient pas permis d'établir que l'assuré avait conscience que ce manque de vigilance entraînerait nécessairement un dommage.

Dès lors, dans le respect de la jurisprudence la plus récente de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, aucune faute dolosive ne pouvait être caractérisée de sorte que l'assureur était tenu de délivrer sa garantie. ●

Étude réalisée par Aude Roger-Ladouari

ASSURANCE AUTOMOBILE

IL FAUT CONSERVER LES PREUVES DU SINISTRE

En cas de sinistre, il incombe à l'assuré de rapporter la preuve de la nature et de l'étendue de ses dommages afin de pouvoir établir son préjudice. Cette preuve peut être rapportée par tous moyens.

Un épisode climatique avec chutes de grêle a provoqué des infiltrations d'eau dans l'habitation d'un assuré et ses biens mobiliers ont été endommagés. Il a donc déclaré son sinistre à son assureur qui a diligenté une expertise.

Lors de sa visite, l'expert n'a pu que constater que l'assuré avait procédé à la remise en état des peintures et nettoyé toute trace du sinistre subi.

Aucun dommage n'a donc pu être relevé, mettant ainsi l'expert dans l'impossibilité de vérifier la réalité et l'étendue du sinistre. En conséquence, l'entreprise d'assurance a refusé de délivrer sa garantie.

Lorsque le Médiateur est saisi dans une telle affaire, il est contraint de rappeler l'alinéa premier de l'article 1353 du Code civil, selon lequel « *Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* ».

Ce principe fondamental tiré du Code civil fait ainsi peser la charge de la preuve sur l'assuré qui sollicite le bénéfice de la garantie de son contrat auprès de son assureur. En d'autres termes, l'assuré doit d'une part, démontrer la réalité et l'étendue de son sinistre et d'autre part, rapporter la preuve du fait que ce sinistre entre bien dans le champ de la garantie contractuelle.

En l'espèce, afin d'obtenir une prise en charge de la part de son assureur, l'assuré lui avait communiqué la liste de ses dommages ainsi que des photographies des biens sinistrés.

Toutefois, ces éléments – même s'ils constituaient un début de preuve – ne pouvaient être considérés comme suffisants car ils ne permettaient pas de déterminer avec exactitude l'étendue des dommages, le lien de causalité les rattachant à l'évènement climatique, ni leur état avant sinistre.

Or, en application du principe indemnitaire, instauré à l'article L.121-1 du Code des assurances, « *L'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité ; l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre* ».

Il en découle que l'assuré, à l'occasion de son sinistre, ne doit obtenir aucun enrichissement ni subir aucune perte. Dès lors, l'assureur qui ne dispose pas d'éléments probants pour chiffrer précisément le dommage subi par son assuré, ne peut mobiliser son contrat.

En anticipant la réfection des peintures et le nettoyage de son appartement, l'assuré n'a pas permis à son assureur d'évaluer les dommages subis, le conduisant à refuser de délivrer sa garantie. Dans un tel cas de figure, le Médiateur ne peut que confirmer la position de l'assureur. ●



Les assureurs pourraient utilement insérer dans leurs contrats un encart au sein de la partie « *que faire en cas de sinistre ?* » rappelant aux assurés qu'ils doivent conserver tout élément probant relatif au sinistre subi pour obtenir une indemnisation.

L'assuré qui souhaite remettre en état les dommages suite à un sinistre doit impérativement obtenir au préalable l'accord de l'assureur. À défaut, il s'expose à un refus de prise en charge.

ASSURANCE AUTOMOBILE

Étude réalisée par Yves-Marie de Colnet

PAS DE VÉTUSTÉ EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ CIVILE

Les règles d'application d'un coefficient de vétusté ne sont pas identiques lorsque l'indemnisation est versée dans le cadre d'une assurance de dommages ou en vertu des principes de responsabilité civile.



En matière d'assurance de dommages, le montant de l'indemnité doit être déterminé en fonction des garanties du contrat, qui déduisent un montant de vétusté selon l'ancienneté du bien.

En matière de responsabilité civile, la chose endommagée par un tiers doit être remplacée, dans le cadre du recours, sans qu'il ne soit fait application d'une vétusté.

L'article L.121-1 du Code des assurances, posant le principe indemnitaire, vise à replacer l'assuré dans la situation qui était la sienne avant la survenance du sinistre, sans que ce dernier ne puisse en tirer un enrichissement. Le calcul de l'indemnité peut donc inclure un coefficient de vétusté, dont les règles d'application diffèrent selon les cas.

Un assuré en motocyclette a été victime d'un accident de la circulation. Lors de l'accident, son blouson en cuir a été déchiré et son casque endommagé. L'assuré disposait d'une assurance au tiers, et a été reconnu non responsable de l'accident. C'est donc au titre de la garantie recours prévue par son contrat d'assurance, que l'assureur sollicitait, pour le compte de son assuré, l'indemnisation auprès de l'assureur du tiers responsable.

Afin d'exercer son recours, l'assureur demandait à l'assuré l'envoi des factures d'achat initiales du blouson et du casque, afin d'appliquer la vétusté nécessaire à ce type d'équipement. L'assuré a contesté l'application de cette vétusté.

Il a été rappelé que, selon la jurisprudence de la Cour de cassation : « *Le propre de la responsabilité civile est de rétablir aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage, et de replacer la victime, aux dépens du responsable, dans la situation où elle se serait trouvée si l'acte dommageable ne s'était pas produit* » (Cass. civ. 2ème, 28 octobre 1954).

La Haute Juridiction a par ailleurs précisé qu'en matière de responsabilité civile, la vétusté ne doit pas donner lieu à l'application d'un coefficient réducteur sur l'indemnité d'assurance. L'application d'une vétusté aurait pour effet de ne pas replacer la victime dans la situation exacte qui aurait été la sienne sans la survenance de l'événement dommageable (Cass. civ. 3ème, 19 juillet 1995, n° 93-16.106), ou contraindrait la victime à supporter injustement une dépense supplémentaire rendue nécessaire par la faute d'un tiers (Cass. civ. 2ème, 16 décembre 1970, n° 69-12.617).

Ainsi, en application de cette jurisprudence et étant face à la détérioration d'une chose assurée du fait de la responsabilité d'un tiers, le Médiateur a invité l'assureur à engager son recours auprès de l'assureur de la partie adverse afin d'obtenir la réparation du dommage causé à son assuré, sans déduire le montant de la vétusté. ●

TÉLÉPHONIE MOBILE

Étude réalisée par Yaya Mendy

L'ASSUREUR DOIT DÉLIVRER UN PORTABLE IDENTIQUE À L'APPAREIL GARANTI

L'assureur doit remettre l'assuré dans la situation dans laquelle il se trouvait avant le sinistre. Ici, cela signifiait fournir un appareil de modèle identique à l'appareil volé.

Le principe de la force obligatoire des contrats impose à l'assureur de respecter les dispositions contractuelles dans leur intégralité. Un assureur ne peut donc invoquer l'indisponibilité d'un téléphone portable dans son propre stock pour se soustraire à son obligation de délivrer un appareil de remplacement ayant les mêmes caractéristiques principales que l'appareil garanti.

À titre d'illustration, le Médiateur a récemment été saisi d'un litige relatif à un contrat prévoyant notamment la délivrance d'un téléphone portable de modèle identique à l'appareil garanti en cas de vol. Le contrat définissait l'appareil de remplacement comme étant « *un appareil reconditionné ou neuf de modèle identique, présentant les mêmes caractéristiques techniques principales, à l'appareil garanti original* ».

Lors d'un séjour à l'étranger, un assuré ayant été victime du vol de son téléphone portable a saisi son assureur pour demander la mise en œuvre de sa garantie vol.

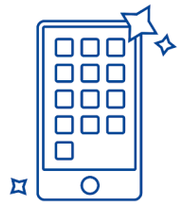
L'assureur a accepté de prendre en charge le sinistre. Toutefois, « *ne disposant plus d'un mobile identique au* [sien] » dans son stock, l'assureur a invité son assuré à choisir un téléphone de remplacement parmi une liste limitative d'autres modèles.

L'assuré a contesté : « *la liste proposée n'a rien à voir avec mon téléphone ni en valeur, ni en modèle, ni en année de production* ». Le Médiateur a constaté qu'en effet les modèles proposés n'étaient ni identiques, ni équivalents à l'appareil garanti original.

Or, en application du principe de force obligatoire du contrat, l'assuré peut exiger de l'assureur qu'il exécute son obligation, sauf impossibilité ou disproportion manifeste (article 1221 du Code civil).

En l'espèce, s'agissant d'un téléphone récent iPhone 11 Pro 64 Go, encore disponible sur le marché, il n'était ni impossible ni manifestement disproportionné pour l'assureur de se le procurer. La seule absence de cet appareil dans son propre stock ne pouvait constituer une raison légitime pour l'assureur de ne pas respecter ses obligations contractuelles.

Par conséquent le Médiateur a invité l'assureur à délivrer un appareil de modèle identique à l'appareil garanti original, conformément aux dispositions contractuelles. ●



En l'absence d'impossibilité démontrée d'exécuter ses obligations, l'assureur ne peut contraindre l'assuré à accepter un appareil de remplacement non équivalent à l'appareil garanti.

L'assureur doit démontrer qu'il a tenté, par tous moyens, de respecter ses obligations contractuelles.

En cas d'impossibilité de délivrer l'appareil convenu, il doit alors indemniser l'assuré.

Étude réalisée par Théo Robin

LA MALADIE EXISTAIT-ELLE AVANT LA RÉSERVATION DU VOYAGE ?

Les assureurs refusent souvent leur garantie en invoquant une exclusion contractuelle pour antériorité médicale, sans pour autant communiquer la position de leur médecin conseil à leur assuré. Une telle pratique soulève des difficultés s'agissant de la charge de la preuve, qui doit être rapportée par l'assureur.



En cas de maladie préexistante ou de traitement antérieur, il incombe à l'assureur de prouver que les conditions d'application de la clause d'exclusion sont bien réunies.

Afin de préserver le caractère aléatoire du contrat d'assurance, les garanties d'annulation de voyage sont généralement assorties de clauses d'exclusion visant à ne pas indemniser l'annulation qui serait due à une maladie diagnostiquée ou traitée antérieurement à la réservation du voyage.

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve du fait que les conditions d'application de la clause d'exclusion sont réunies, et donc de l'antériorité du traitement ou du diagnostic de la maladie.

À cet égard, il est fréquent que les assureurs sollicitent l'avis de leur médecin conseil, afin de déterminer si la maladie à l'origine de l'annulation du voyage entre dans le champ de l'exclusion contractuelle.

Toutefois, dans de nombreux dossiers soumis au Médiateur, les assureurs refusent leur garantie sans pour autant communiquer à l'assuré la position de leur médecin conseil. La charge de la preuve se trouve alors inversée, puisque l'assuré se retrouve contraint de prouver l'absence d'antériorité médicale pour contester efficacement le refus de l'assureur.

À titre d'exemple, une assurée bénéficiait d'une garantie annulation de voyage dans le cadre de son contrat d'assurance de carte bancaire. Alors qu'elle avait réservé un séjour pour elle et son époux, elle a été contrainte de procéder à l'annulation de ce voyage pour raison médicale, ce qu'elle a déclaré à son assureur.

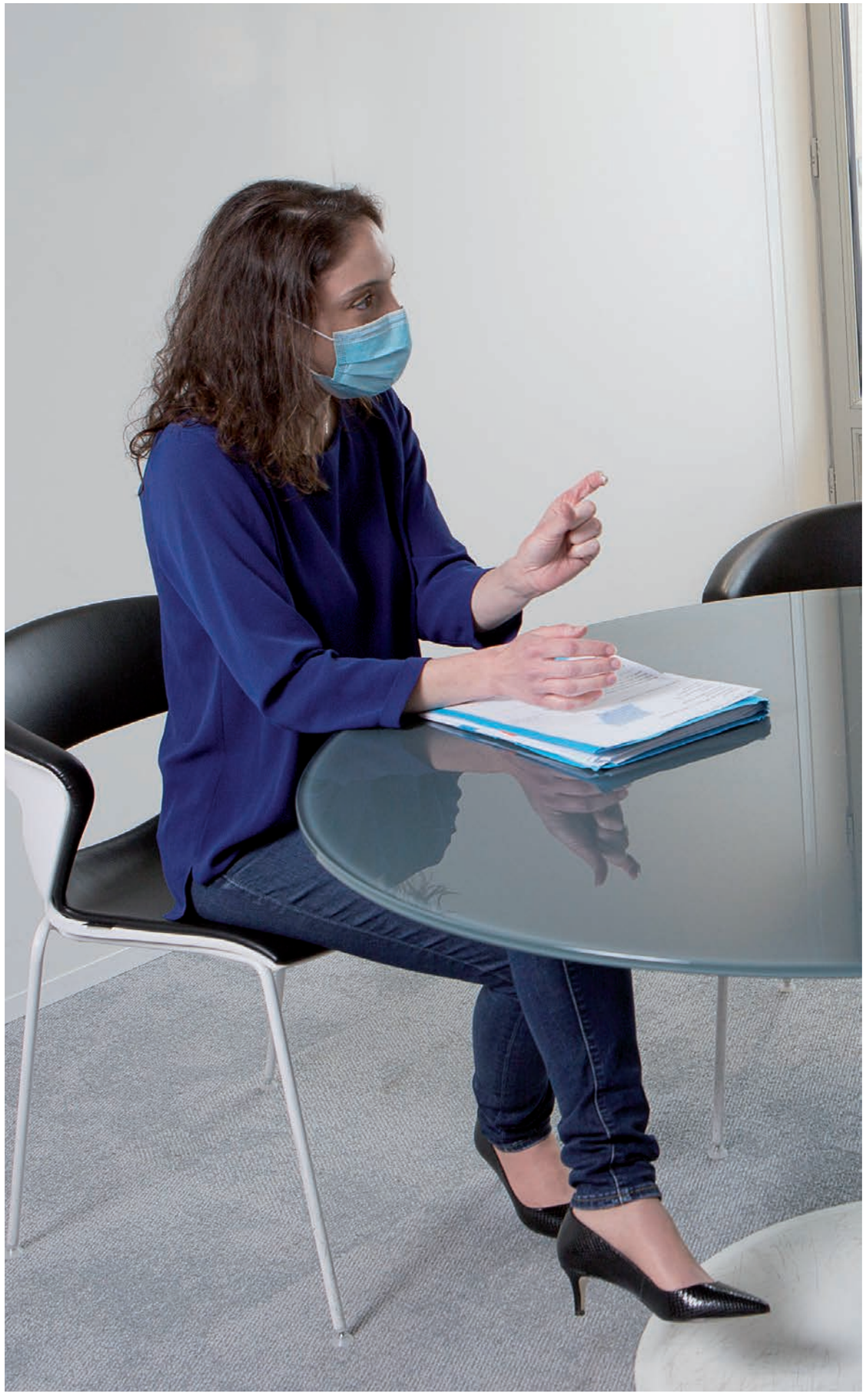
À réception des justificatifs médicaux et après avis de son équipe médicale, l'assureur a refusé la mise en œuvre de la garantie annulation de voyage, au motif que la maladie à l'origine de l'annulation était préexistante à la réservation du voyage. Malgré la production de nouveaux éléments médicaux par l'assurée, l'assureur a maintenu son refus, sans davantage d'explications.

Le Médiateur a relevé que les documents médicaux fournis par l'assurée laissaient subsister un doute quant à l'antériorité de la maladie. En effet, le voyage avait été réservé le 15 février, l'assurée avait déclaré son sinistre le 5 mars suivant, et le questionnaire médical rempli par son médecin traitant indiquait que cette maladie avait été diagnostiquée *« au cours des douze derniers mois »*.

Pour autant, aucun élément ne permettait de dater avec précision le premier diagnostic de la maladie, de sorte que l'antériorité n'était pas formellement et objectivement établie. De plus, l'assureur ne fournissait aucun élément probant ni aucune explication quant au caractère préexistant, et se bornait à affirmer que la maladie à l'origine de l'annulation était antérieure à la réservation du voyage, sans plus de précisions alors même qu'il lui aurait suffi d'adresser un nouveau questionnaire plus précis au médecin de l'assurée afin d'établir formellement la date de diagnostic de la pathologie de l'assurée.

En l'absence d'élément probant, il a été considéré que l'assureur n'apportait pas la preuve de la réunion des conditions de l'exclusion. Le Médiateur l'a donc invité à délivrer sa garantie. ●

Le Médiateur invite les assureurs à transmettre à leurs assurés l'ensemble des éléments justifiant leur refus de prise en charge. À défaut, ils ne pourront valablement refuser de délivrer leur garantie.



6

LES ETUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

6A

LES ETUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LA RELATION CONTRACTUELLE



Étude réalisée par Colleen Cupiti

L'EXIGENCE DE PRÉCISION DES QUESTIONNAIRES DE SANTÉ

En assurance de personnes, les assureurs ont fréquemment recours à des questionnaires de santé afin d'évaluer le risque à assurer. Afin d'englober un plus grand nombre de situations, les assureurs utilisent de plus en plus souvent des termes génériques, sans les définir, avec le risque de poser des questions trop générales.



S'il est nécessaire et légitime pour les assureurs d'obtenir les réponses les plus exhaustives possibles sur le risque à garantir, le Médiateur les invite néanmoins à veiller à la clarté et à la précision des questions posées.

Afin de déterminer l'étendue des garanties qu'il souhaite prendre en charge, l'assureur doit pouvoir apprécier exactement le risque qu'on lui propose de garantir avant de l'accepter.

Pour cela, les informations nécessaires sont recueillies par le biais d'un questionnaire soumis à l'assuré.

Cette étape déclarative est décisive car l'assureur peut se prévaloir d'une déclaration inexacte pour réduire ou refuser sa garantie et prononcer la nullité du contrat.

En assurance de personnes, la sincérité des déclarations s'apprécie notamment en fonction des réponses données par l'assuré. En vertu de l'article L.112-3 du Code des assurances et conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, l'assureur ne peut opposer de fausse déclaration qu'à la condition de démontrer qu'une réponse erronée a été apportée à une question précise. Il est donc nécessaire que les questions ne prêtent pas à discussion.

Le Médiateur de l'Assurance a été saisi par des assurés contestant la nullité du contrat prononcée par l'assureur pour fausse déclaration.

Dans un premier dossier, l'assuré qui avait subi une intervention en ambulatoire et sous anesthésie locale cinq ans avant l'adhésion, avait répondu par la négative à la question suivante : « *Au cours des dix dernières années, avez-vous été hospitalisé dans une clinique, un hôpital ou une maison de santé (...) ?* ».

L'assureur considérait qu'une simple intervention chirurgicale constituait une hospitalisation dans la mesure où l'assuré avait été admis à l'hôpital.

Dans sa proposition de solution, le Médiateur a estimé que la notion d'hospitalisation, n'étant pas définie dans le questionnaire, pouvait prêter à interprétation puisqu'un assuré de bonne foi pouvait valablement penser que la notion d'hospitalisation supposait un séjour à l'hôpital.

La question susvisée ne pouvant être considérée comme claire et précise, la fausse déclaration n'a pas été retenue.

Dans un autre dossier, l'assuré qui avait suivi, avant l'adhésion, des séances de psychothérapie dispensées par un psychothérapeute, avait répondu par la négative à la question suivante : « *Au cours des trois dernières années, avez-vous suivi un traitement médical ou paramédical (kinésithérapie, soins infirmiers...) pendant plus de trois semaines consécutives ?* ».

Le professionnel ne relevant pas des professions médicales ou para-médicales au sens du Code de la santé publique et le terme « *traitement* » n'étant pas défini, le Médiateur a considéré que le suivi ne pouvait être qualifié de traitement médical ou paramédical et donc que la fausse déclaration n'était pas démontrée.

Il ressort de ces cas que les questions formulées à l'adhésion peuvent être parfois trop générales, ce qui va à l'encontre de la nécessité de clarté des questions posées.

Ainsi, les assurés, même de bonne foi, ne déclarent pas correctement leur risque car les questions imprécises n'attirent pas suffisamment leur attention sur les éléments à déclarer.

Une question plus précise permettrait donc à un assuré de mieux déclarer ses antécédents de sorte que l'assureur pourrait mieux appréhender le risque à garantir. ●

Afin d'apprécier le caractère précis des questions posées, le Médiateur vérifie – au cas par cas – si un assuré raisonnable et de bonne foi était en mesure de déterminer, sans aucun doute, l'information qu'il aurait dû communiquer à l'assureur.

Étude réalisée par Angélina Bich

L'ASSURANCE VIE MIXTE : UN MÊME CONTRAT POUR DEUX GARANTIES DISTINCTES

Une part des cotisations est affectée à une garantie de prévoyance et ne concourt pas à la constitution de l'épargne.



L'assuré doit indiquer clairement la nature du contrat qu'il souhaite souscrire. Un contrat mixte signifie qu'une part des cotisations sera affectée à une garantie de prévoyance et sera versée « à fonds perdus » si l'assuré est encore en vie au terme du contrat.

Un assuré a adhéré à un contrat d'assurance vie mixte. En cours de contrat, il a sollicité son assureur pour obtenir des éclaircissements quant au montant des primes prélevées ainsi que des informations relatives au montant de l'épargne constituée.

L'assureur lui a alors indiqué que son contrat donnait lieu à deux primes : une prime mensuelle affectée à l'assurance en cas de vie et une prime trimestrielle affectée à l'assurance en cas de décès. Ainsi, l'intégralité des primes versées ne servait pas à constituer une épargne, une partie étant affectée à une garantie temporaire décès.

L'assuré a alors contesté cette répartition des cotisations, indiquant ne pas en avoir été informé lors de la souscription du contrat.

Les conditions générales n'ayant pas été remises à l'assuré, il s'agissait de déterminer si, au regard du seul bulletin d'adhésion qu'il avait rempli, il avait pu prendre connaissance de la nature de son contrat et de la répartition des cotisations.

Un contrat d'assurance vie dit mixte regroupe deux assurances : l'une en cas de décès (temporaire décès) et l'autre en cas de vie. Chacune de ces assurances est amenée à jouer, alternativement, en fonction du risque qui se réalise avant, ou après, le terme convenu. Si le décès de l'assuré survient avant le terme prévu par le contrat, l'assureur verse aux bénéficiaires désignés le capital garanti. Le montant des primes versées par l'assuré est sans incidence sur le montant du capital.

Si l'assuré est toujours en vie au terme, l'assureur lui reverse, sous forme de capital ou de rente viagère, le montant de l'épargne constituée. Dans cette configuration, les primes affectées à l'assurance décès ont alors été versées « à fonds perdus ».

Au regard de la nature du contrat souscrit par l'assuré, une partie des cotisations était donc affectée à une assurance décès et ne participait pas à la constitution d'une épargne.

Le bulletin d'adhésion, signé par l'assuré, indiquait que le contrat souscrit était composé d'une assurance en cas de vie et d'une assurance dite de prévoyance.

L'assuré avait donc connaissance de la nature mixte de son contrat.

Toutefois, ce bulletin d'adhésion précisait uniquement le montant des primes mensuelles dues au titre de l'assurance en cas de vie. Le montant des primes dues au titre de la garantie de prévoyance n'était donc pas renseigné, de sorte que l'assuré ignorait la répartition des cotisations entre ces deux garanties.

Par ailleurs, si le bulletin d'adhésion mettait en évidence l'existence de deux garanties, il n'indiquait pas expressément la nature de la garantie de prévoyance. En effet, le seul terme de « *prévoyance* » ne permettait pas à l'assuré de savoir qu'il s'agissait, en réalité, d'une assurance temporaire décès.

Ainsi l'assuré n'avait pas été en mesure, au regard du seul bulletin d'adhésion qui lui avait été remis, d'appréhender le contenu du contrat souscrit, ni même le montant des primes dues au titre de l'une des deux garanties.

Dans un souci d'apaisement, le Médiateur a alors invité l'assureur à restituer à l'assuré un tiers des cotisations versées au titre de l'option de prévoyance. ●

Les informations apportées par l'assureur à l'assuré doivent lui permettre d'avoir connaissance de la répartition des cotisations entre les deux garanties vie et décès, et du contenu des garanties proposées.

ASSURANCE DE PERSONNES
A. LA RELATION CONTRACTUELLE

ASSURANCE POUR COMPTE

Étude réalisée par Léa Degoutte

ASSURANCE POUR COMPTE

LES EXCLUSIONS OPPOSABLES AU BÉNÉFICIAIRE D'UNE ASSURANCE POUR COMPTE

Le contrat n'est opposable à l'assuré que s'il est informé de son contenu. Dans le cas particulier d'une assurance pour compte, à condition que le souscripteur en ait connaissance, *« les exceptions que l'assureur pourrait* [lui opposer] *sont également opposables au bénéficiaire du contrat »* (article L.112-1, alinéa 3 du Code des assurances).



Le Médiateur invite les souscripteurs d'une assurance pour compte à communiquer aux assurés les dispositions du contrat afin que ces derniers soient pleinement éclairés quant aux limites des garanties souscrites.

Un assureur avait refusé de mettre en œuvre la garantie pertes de revenus d'une assurée, lui permettant de percevoir des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie, au motif que la pathologie dont elle était atteinte faisait partie des exclusions mentionnées aux conditions générales.

Pour contester la position de l'assureur, l'assurée faisait valoir qu'elle n'avait pas eu connaissance des conditions générales du contrat.

La Cour de cassation rappelle fréquemment que le contenu des documents contractuels n'est opposable à l'assuré que si l'assureur prouve que les clauses ont été, *a minima,* portées à sa connaissance par la remise des documents (Cass. civ. 1ère, 23 septembre 2003, n° 01-13.405).

À l'appui des pièces versées au dossier, le Médiateur a relevé que l'époux de l'assurée, souscripteur du contrat d'assurance, avait apposé sa signature sur une proposition d'assurance contenant une clause par laquelle il reconnaissait avoir reçu et pris connaissance des termes des conditions générales précisément référencées.

Le Médiateur a en outre relevé qu'après examen de la demande d'adhésion, l'assureur avait adressé au souscripteur les conditions particulières du contrat, sur lesquelles, tant le souscripteur que l'assurée avaient apposé leurs signatures.

Constatant que le contrat avait ainsi été souscrit selon le mécanisme de l'assurance pour compte, le Médiateur a rappelé les termes de l'article L.112-1, alinéa 3 du Code des assurances (cité *supra)*.

Aussi, s'agissant de l'opposabilité des exceptions de garantie au bénéficiaire d'une assurance pour compte, la Cour de cassation retient que *« les exceptions que l'assureur pourrait opposer au souscripteur d'une assurance pour le compte de qui il appartiendra sont également opposables au bénéficiaire du contrat, quel qu'il soit »* (Cass. civ. 1ère, 7 mars 1989, n° 86-13.563), *« peu important qu'il n'en ait pas eu personnellement connaissance »* (Cass. civ. 2ème, 12 décembre 2019, n° 18-25.410).

Le Médiateur a par conséquent considéré que l'absence de prise de connaissance par l'assurée avant la conclusion du contrat était sans incidence dans la mesure où le souscripteur avait attesté les avoir reçues et en avoir pris connaissance lorsqu'il avait signé la proposition d'assurance. Les conditions générales étaient donc bien opposables à l'assurée, y compris les clauses d'exclusion.

Le Médiateur a ensuite relevé que ces dernières étaient formelles, limitées et mentionnées en caractères très apparents, respectant ainsi les conditions de formalisme édictées par les articles L.113-1 et L.112-4 du Code des assurances. Les éléments médicaux versées au dossier par l'assurée faisant mention d'une pathologie contractuellement exclue, le Médiateur a considéré que l'assureur avait à bon droit refusé de mettre en œuvre la garantie pertes de revenus de l'assurée. ●

Les assureurs sont invités à informer les souscripteurs d'une assurance pour compte que les exceptions contractuelles pourraient être opposées aux personnes assurées par ces contrats, peu important qu'elles en aient personnellement eu connaissance.

DEVOIR DE CONSEIL DE L'INTERMÉDIAIRE

Étude réalisée par Vincent Yahiaoui

LE COURTIER DOIT DÉLIVRER SON CONSEIL AVEC PROMPTITUDE

Le devoir de conseil du courtier, qui perdure tout au long de la relation contractuelle, implique que ce dernier fasse preuve de réactivité dans les réponses qu'il apporte aux interrogations de son client.



Le courtier, devant agir au mieux des intérêts de son client, est tenu de répondre avec promptitude aux interrogations de ce dernier, en particulier lorsqu'il s'agit de l'éclairer sur l'opportunité d'une opération impliquant des supports en unités de compte, par nature soumis à des fluctuations régulières.

La bonne exécution par le courtier de son devoir de conseil s'apprécie non seulement au regard de la pertinence de ses recommandations, mais aussi du moment auquel celles-ci sont délivrées à l'assuré.

Un assuré avait souscrit un contrat d'assurance vie multi-supports par l'intermédiaire d'une société de courtage.

En cours de contrat, l'assuré avait sollicité par courriel les conseils de son courtier sur l'opportunité d'effectuer un arbitrage de sécurisation, afin de transférer une partie de ses sommes placées en unités de compte vers le fonds en euros de son contrat.

Ce n'est que plusieurs mois après cette demande que l'assuré avait obtenu une réponse sur la pertinence de l'arbitrage envisagé et sur les supports à désinvestir. L'assuré avait alors pu procéder à cette opération sur la base des conseils fournis.

Dans le cadre du rachat total de son contrat l'année suivante, l'assuré exprimait son insatisfaction quant à la valeur de rachat communiquée, soulignant que le manque de réactivité de son conseiller ne lui avait pas permis de préserver plus tôt une partie de ses sommes placées sur des supports en unités de compte.

Au regard des éléments communiqués, il apparaissait que l'assuré avait effectivement souhaité échanger avec son conseiller en vue d'un accompagnement dans son projet de réorientation de l'épargne investie. Par cette opération, il lui importait de réduire son exposition au risque en transférant une partie de ses avoirs vers le fonds euros.

L'expertise et les recommandations du conseiller étaient ainsi attendues pour aider l'assuré – non expérimenté – à définir la meilleure stratégie (détermination du montant de l'arbitrage, sélection des supports en unités de compte à désinvestir).

Le Médiateur a pu constater que la faute du courtier était caractérisée par le temps particulièrement long constaté entre la demande de conseil clairement formulée par son client et la réponse apportée de nombreuses semaines plus tard. Ce manque de diligence avait pu faire perdre à l'assuré la chance d'arbitrer plus tôt une partie de son épargne vers le fonds en euros.

Afin de vérifier la réalité du préjudice, le Médiateur a invité la société de courtage à déterminer – en se rapprochant de l'assureur si besoin – si la valeur de rachat du contrat se serait avérée supérieure en cas d'arbitrage entre les mêmes supports mais réalisé à une date plus précoce, raisonnablement estimée à deux semaines à compter de la demande de conseil.

Dans l'affirmative, le courtier a été invité à verser une indemnisation à hauteur de 95 % de la différence entre cette valeur de rachat simulée et la valorisation réelle du contrat au moment de son dénouement. ●

CLAUSE BÉNÉFICIAIRE

Étude réalisée par Romane Coplo

LA RÉVOCATION DES BÉNÉFICIAIRES PAR TESTAMENT

Lorsque la clause bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie renvoie à un testament, la révocation de ce dernier peut rendre la clause caduque, à condition que la volonté du souscripteur soit suffisamment établie.

Il arrive que la clause bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie renvoie aux dispositions testamentaires prises par ailleurs par le souscripteur.

Le Médiateur a ainsi été saisi de la question de la détermination de l'identité des bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie, dont la clause bénéficiaire renvoyait en premier lieu aux dispositions testamentaires déposées par l'assuré chez son notaire, et à défaut désignait ses propres héritiers.

Par ce testament, l'assuré avait stipulé le « legs » de ses comptes bancaires et de son contrat d'assurance vie à une personne nommément désignée.

Dans un second testament rédigé quelques années plus tard, l'assuré avait indiqué *« révoquer toutes dispositions testamentaires antérieures »* et *« laisser tous les biens composant sa succession à ses héritiers »*.

Au décès de l'assuré, l'entreprise d'assurance indiquait devoir verser les capitaux-décès au légataire initial, en considérant que la clause bénéficiaire renvoyait expressément au premier testament et que le second testament ne visait que les biens composant la succession, ce qui excluait nécessairement le contrat d'assurance vie.

Les héritiers ont alors contesté cette interprétation de la clause bénéficiaire.

Le Médiateur a constaté que par son second testament, l'assuré avait exprimé en des termes clairs sa volonté de révoquer l'ensemble des dispositions testamentaires antérieures, ce qui incluait donc toutes les stipulations du testament précédent, sans distinguer entre celles relevant de la succession et celles relatives à la désignation du bénéficiaire de l'assurance vie.

Par conséquent, il ne pouvait qu'être considéré que l'intention de l'assuré de révoquer tous les termes du premier testament concernait également la désignation du bénéficiaire du contrat d'assurance vie.

Dans ces conditions, l'assureur ne pouvait se fonder sur ce document pour attribuer les capitaux-décès à la personne qui s'y trouvait désignée. La première partie de la clause bénéficiaire étant ainsi caduque, il convenait de se référer à la stipulation en sous-ordre visant les héritiers de l'assuré.

Le Médiateur a ainsi invité l'entreprise d'assurance à répartir entre ces derniers les sommes dues au titre du contrat d'assurance vie. ●



Le souscripteur d'une assurance vie veillera à formaliser dans des termes clairs et non équivoques la désignation des bénéficiaires de son contrat, mais également la révocation de ceux-ci le cas échéant.

La révocation d'un testament auquel renvoie une clause bénéficiaire doit conduire l'assureur à rechercher l'intention réelle du stipulant, afin d'apprécier l'étendue de cette révocation et son incidence sur les bénéficiaires de l'assurance vie initialement désignés.

ASSURANCE DE PERSONNES
A. LA RELATION CONTRACTUELLE

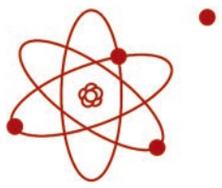
MOBILITÉ BANCAIRE

Étude réalisée par Coralie Désiré

MOBILITÉ BANCAIRE

QUAND ON CHANGE DE BANQUE, PEUT-ON ÊTRE EXCLU D'UN CONTRAT COLLECTIF ?

Les cas de résiliation d'un contrat collectif du fait de l'assureur sont limitativement énumérés par le Code des assurances. À cet égard, l'hypothèse d'une résiliation prononcée dans le cadre de l'exercice d'une mobilité bancaire par l'assuré est particulièrement intéressante.



Lors du changement de banque, l'assuré peut perdre le bénéfice de son contrat collectif. Le risque est de souscrire un nouveau contrat à des conditions moins avantageuses, particulièrement s'il a développé de nouvelles pathologies.

Un assuré avait adhéré à un contrat collectif d'assurance sur la vie, souscrit par l'intermédiaire d'une banque.

À la suite d'une mobilité bancaire, l'assureur a opposé la rupture du lien bancaire pour exclure l'assuré du bénéfice du contrat, conformément à l'article L.141-3 du Code des assurances, considérant que le lien l'unissant à l'assuré avait été rompu.

L'assuré a contesté la résiliation de son contrat au motif qu'il n'avait pas sollicité cette résiliation et qu'il souhaitait donc maintenir son adhésion.

Néanmoins, l'assureur a maintenu sa décision en lui expliquant que, puisque le compte bancaire avait été clôturé, il n'existait plus de lien entre eux, conduisant ainsi à la résiliation d'office du contrat d'assurance.

C'est ainsi que l'assuré a saisi le Médiateur, sollicitant à la fois des informations quant à la raison de la résiliation, mais aussi le maintien de son adhésion au contrat d'assurance.

Il convient tout d'abord de rappeler la définition du contrat d'assurance de groupe. L'article L.141-1 du Code des assurances le définit comme le contrat souscrit par une personne morale en vue de l'adhésion d'un ensemble de personnes ayant un lien de même nature avec le souscripteur. Par conséquent, le contrat d'assurance de groupe unit un souscripteur à une collectivité d'assurés avec lesquels il a une relation particulière.

Le souscripteur peut par exemple être un établissement bancaire qui conclut un contrat d'assurance qu'il proposera ensuite à ses clients, ou encore un employeur qui souscrit au bénéfice de ses employés.

L'article L.141-3 du même Code prévoit, quant à lui, que « *Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu* ».

Ainsi, par principe, le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat de l'assurance de groupe. Toutefois, et par exception, lorsqu'est rompu le lien unissant l'adhérent et le souscripteur, l'objet du contrat, c'est-à-dire l'appartenance au groupe, disparaît. L'adhérent est alors considéré comme étant sorti du champ d'application du contrat puisqu'il ne remplit plus la condition d'attache au souscripteur.

Ainsi, l'assurance de groupe ne se conçoit que s'il existe un lien juridique unissant le souscripteur et l'adhérent. En conséquence, si le lien juridique disparaît, la disparition de l'adhésion de l'assuré au contrat d'assurance apparaît inévitable.

C'est pourquoi le Médiateur a conclu, en l'espèce, que l'assureur pouvait valablement résilier l'adhésion de l'assuré dès lors que le lien bancaire entre l'adhérent et la banque, souscriptrice du contrat, avait été rompu du fait de l'exercice de la mobilité bancaire par l'assuré. L'assuré ne pouvait donc exiger le maintien de son adhésion au contrat.

Le dispositif de mobilité bancaire, institué par la loi n° 2015-990 du 6 août 2015, dite « loi Macron », avait deux objectifs : protection des consommateurs en simplifiant les démarches à effectuer lors d'un changement de banque ; dynamisation de la concurrence entre banques. La question de ses conséquences sur les contrats d'assurance de groupe semble avoir été oubliée.

En effet, si les consommateurs conservent la possibilité d'adhérer à un autre contrat d'assurance, cette souscription pourra avoir lieu à des conditions différentes : tarification plus élevée, éventuelles restrictions de garantie liées aux antécédents médicaux…

Il est donc important pour les consommateurs de s'enquérir, avant de procéder à la clôture de leur compte bancaire, des conditions auxquelles ils pourront souscrire un nouveau contrat d'assurance. ●

Les assureurs sont invités à insérer un encadré contenant une mention claire, imprimée en caractères très apparents, pour attirer l'attention des adhérents sur le fait qu'en cas de clôture de leur compte, leur adhésion au contrat d'assurance de groupe sera résiliée.

6B

LES ETUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT



FAUSSE DÉCLARATION

Étude réalisée par Morgane Viarnaud

L'ASSURÉ DOIT RÉPONDRE EXACTEMENT AUX QUESTIONS SUR SON ÉTAT DE SANTÉ

Même s'il n'y a pas de lien avec le sinistre, l'assuré qui a effectué des déclarations faussant la réalité de son état de santé au moment de l'adhésion peut voir son contrat d'assurance annulé et, ainsi, perdre tout droit à indemnisation.



À l'exclusion des contrats de complémentaire santé responsables, l'assureur peut être amené, au moment de la souscription, à poser des questions sur l'état de santé du candidat à l'assurance.

L'assuré doit répondre exactement aux questions posées sur son état de santé lors de l'adhésion pour ne pas encourir l'annulation de son contrat en raison d'une fausse déclaration intentionnelle.

Le Médiateur a été saisi d'un cas où, dans le cadre d'un contrat d'assurance emprunteur couvrant l'assuré en cas de décès, l'épouse s'est vue opposer par l'assureur la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle du risque, au motif que son défunt époux avait intentionnellement caché ses antécédents médicaux.

L'assuré avait en effet affirmé ne pas être atteint d'hypertension artérielle alors même que cette affection était expressément visée par le questionnaire médical qu'il avait rempli lors de son adhésion.

Bien que cet antécédent n'ait pas été la cause du décès – l'assuré étant décédé de mort naturelle – l'assureur a estimé que cette fausse déclaration intentionnelle de l'état de santé a eu pour conséquence de le tromper lors de l'adhésion car il n'avait pu apprécier l'état de santé réel de l'assuré.

L'épouse a objecté que son mari avait rempli le questionnaire de bonne foi. Toutefois, le Médiateur a pu constater que l'assuré aurait dû répondre positivement à plusieurs questions précisément posées notamment « *au cours des dix dernières années, vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de vingt-et-un jours pour troubles cardiaques, hypertension artérielle, phlébite* ».

Le fait que la pathologie ait été traitée et corrigée depuis ne pouvait justifier une absence de réponse positive à la question.

Le Médiateur a donc confirmé la position de l'assureur : la fausse déclaration était intentionnelle et l'assureur en droit de prononcer la nullité du contrat d'assurance.

Car l'article L.113-8 du Code des assurances prévoit expressément que la sanction liée à l'existence d'une fausse déclaration réalisée de mauvaise foi s'applique, même en l'absence de lien entre le sinistre survenu et le risque non déclaré.

En effet, le contrat d'assurance repose sur la bonne foi des parties. Afin de respecter le principe de la mutualisation du risque inhérent au processus assurantiel, il est nécessaire que l'assureur soit en mesure d'apprécier exactement le risque qu'on lui propose de garantir avant de l'accepter.

Ainsi, un seul élément inexact sur l'état de santé au moment de l'adhésion peut remettre en cause la totalité du contrat d'assurance et conduire à la perte de tout droit à indemnisation et ce même lorsque cet élément n'est pas en lien avec le sinistre dont l'assuré demande la prise en charge. ●

DÉCLARATION DU RISQUE

Étude réalisée par Léa Degoutte

PAS DE FAUSSE DÉCLARATION SANS QUESTIONNEMENT PRÉCIS

L'article L.113-8 du Code des assurances permet à l'assureur d'annuler un contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'assuré, s'il est prouvé que la déclaration inexacte découle d'une question qu'il a posée à l'assuré.

Le Médiateur a été saisi d'un cas dans lequel, pour prononcer la nullité d'un contrat sur le fondement de l'article L.113-8 du Code des assurances et refuser la prise en charge d'un arrêt de travail, l'assureur a soutenu que l'assuré ne pouvait pas signer la déclaration d'état de santé, compte tenu de ses antécédents médicaux.

Le législateur impose à l'assuré de « *répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le formulaire de déclaration du risque* » (article L.113-2 du Code des assurances).

Cette obligation de réponses exactes, mise à la charge du candidat à l'assurance, suppose l'existence de questions, contenues dans un formulaire de déclaration du risque, telle qu'une déclaration d'état de santé.

C'est en substance la solution que retient l'arrêt de la chambre mixte du 7 février 2014 (Cass. Ch. Mixte, 7 février 2014, n° 12-85107) qui énonce que « *l'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent des réponses qu'il a apportées auxdites questions* ».

L'assureur doit donner l'opportunité au candidat à l'assurance de préciser et d'individualiser sans équivoque les déclarations qu'il consigne. Sinon, il ne peut par la suite reprocher à l'assuré de ne pas avoir exactement déclaré l'étendue de son risque.

Dans le cas d'espèce, l'assuré avait apposé sa signature sur un bulletin d'adhésion comportant une déclaration d'état de santé pré-imprimée par laquelle il avait dû déclarer sur l'honneur « *avoir lu et compris chacune des déclarations* [listées] *et pouvoir certifier qu'elles sont exactes* ».

Le Médiateur a constaté que par cette déclaration d'état de santé pré-imprimée, l'assureur n'avait pas posé de questions précises à l'assuré. Ce dernier n'avait pas d'autre choix, s'il voulait adhérer à son contrat, que d'approuver les termes de la déclaration, sans qu'aucune autre alternative ne lui soit proposée – pas de place laissée pour des précisions ou des réserves, pas de cases à cocher pour dire si oui ou non il pouvait signer cette déclaration, pas d'invitation à remplir un questionnaire de santé au cas où il ne remplirait pas les conditions d'adhésion. Le Médiateur a ainsi retenu que l'assureur n'établissait pas avoir précisément interrogé l'assuré sur l'étendue de son risque.

Par conséquent, le Médiateur a invité l'assureur à remettre en vigueur le contrat et à mettre en œuvre la garantie contractuelle sollicitée par l'assuré. ●



Les candidats à l'assurance sont invités à lire attentivement les demandes d'adhésion. S'ils signent une déclaration d'état de santé et que leur déclaration initiale se révèle inexacte, leur contrat pourrait être annulé, et les primes versées conservées par l'assureur.

Pour invoquer l'inexactitude d'une déclaration de l'assuré et lui opposer les dispositions de l'article L.113-8 du Code des assurances, l'assureur doit pouvoir prouver qu'il lui a donné l'opportunité de répondre exactement à des questions précises.

CONTRAT OBSÈQUES

Étude réalisée par Coralie Désiré

LE CAPITAL DU CONTRAT OBSÈQUES SERT D'ABORD À RÉGLER LES FUNÉRAILLES

Le principal objet d'un contrat obsèques est de financer les funérailles de l'assuré, seul le reliquat pouvant être librement utilisé par le(s) bénéficiaire(s).



Le Médiateur invite les assurés à informer leur entourage de l'existence d'un contrat obsèques, afin de faciliter l'organisation ultérieure des funérailles.

Le Médiateur invite les assureurs à faire preuve de pédagogie envers les bénéficiaires d'un contrat obsèques en leur rappelant que le capital doit servir en priorité au règlement des funérailles de l'assuré et qu'ils ne peuvent librement disposer que du reliquat.

Chaque année, de nombreux assurés souscrivent des contrats d'assurances pour financer leurs obsèques et ainsi éviter à leurs familles de supporter le poids à la fois financier et émotionnel que représente l'organisation des obsèques.

Un assuré avait adhéré à un contrat d'assurance sur la vie ayant pour objet le versement, aux bénéficiaires désignés, d'un capital destiné à financer ses frais d'obsèques à son décès.

Après son décès, sa sœur, qui était désignée parmi les bénéficiaires au contrat, a réglé la totalité des frais d'obsèques. L'entreprise d'assurance lui a tout d'abord remboursé l'intégralité des frais exposés, puis lui a réclamé le remboursement des deux tiers du capital versé au motif que la clause bénéficiaire du contrat désignait nommément trois bénéficiaires par parts égales et qu'elle avait commis une erreur de gestion.

La sœur de l'assuré a alors contesté la décision de l'assureur en faisant valoir que la somme versée, environ 4 000 euros avait été intégralement utilisée pour l'organisation des funérailles, conformément aux dernières volontés de l'assuré. Ainsi, elle rapportait la preuve qu'elle ne s'était pas personnellement enrichie.

Il convient de rappeler qu'un contrat d'assurance obsèques en capital a pour unique but le financement des obsèques de l'assuré.

Il est vrai qu'auparavant, les assurés ayant souscrit un tel contrat n'avaient aucune certitude sur l'utilisation du capital versé puisqu'aucune obligation n'était faite aux bénéficiaires de l'utiliser afin de régler le montant des obsèques. Ainsi, des bénéficiaires ont pu disposer du capital à leur guise, en laissant à d'autres la charge du paiement des obsèques.

Cependant, depuis la loi du 26 juillet 2013, les contrats d'assurance obsèques en capital ont l'obligation de prévoir expressément l'affectation du capital cotisé à l'organisation et à la réalisation des funérailles de l'assuré.

Cette même loi prévoit aussi que dans l'hypothèse où le coût des obsèques serait inférieur au capital cotisé par l'assuré, le reliquat doit être versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par le contrat (article L.2223-33-1 du Code général des collectivités territoriales).

En conséquence, le Médiateur a invité l'assureur à abandonner sa demande de restitution d'une partie du capital obsèques puisque l'intégralité de ce dernier avait été employée afin de financer les obsèques de l'assuré. La volonté de l'assuré avait été respectée, ainsi que l'objet-même du contrat. ●

Étude réalisée par Morgane Viarnaud

TEMPORAIRE DÉCÈS

L'ASSURANCE TEMPORAIRE DÉCÈS EST UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE

Le fonctionnement des contrats d'assurance temporaire décès n'est pas toujours facile à comprendre. Nombreux sont les assurés qui souscrivent ce type de contrat en pensant, à tort, réaliser une opération d'épargne.

Dans le cadre des contrats d'assurance temporaire décès, l'assureur s'engage à verser un capital aux bénéficiaires désignés si le décès de l'assuré survient avant une date déterminée (généralement fixée avant le 75ème anniversaire de l'assuré). L'assureur est définitivement dégagé de cette obligation si l'assuré est toujours en vie à cette date (sauf si une contre-assurance en cas de survie a été souscrite, ce qui est relativement rare).

Ainsi, ces contrats répondent à un objectif de pure prévoyance, les cotisations versées servant uniquement à assurer le risque de décès pendant une période déterminée.

Le Médiateur est régulièrement saisi par des assurés surpris de ne pas percevoir le capital garanti au terme, ou de ne pouvoir librement disposer des fonds versés en cours de contrat.

À titre d'exemple, après avoir adhéré à ce type de contrat, un assuré avait sollicité le transfert de « l'épargne constituée » vers un contrat d'assurance vie. L'assureur avait refusé de faire droit à sa demande en lui précisant que, s'agissant d'un contrat d'assurance temporaire décès, les cotisations acquittées n'avaient pas été affectées à la constitution d'une épargne mais à la couverture du risque décès, s'il était survenu avant la date prévue contractuellement.

L'assuré avait alors résilié son contrat et sollicité le remboursement de l'intégralité des cotisations versées. L'assureur lui avait à nouveau opposé un refus, la restitution des cotisations revenant à nier le risque pris par l'assureur pendant toute la durée du contrat.

En effet, en contrepartie des cotisations acquittées, l'assureur s'était engagé à verser un capital déterminé aux bénéficiaires désignés, et ce, quel que soit le montant des cotisations acquittées par l'assuré.

Ces dossiers montrent que certains assurés appréhendent mal la nature de leur contrat au moment de la souscription. La confusion est encore plus fréquente lorsqu'il s'agit d'un contrat « mixte », avec une composante épargne et une composante prévoyance.

Le Médiateur invite les assureurs à attirer davantage l'attention des assurés sur le caractère temporaire de la garantie décès. ●



Les assurés doivent être attentifs à la nature et au fonctionnement du contrat d'assurance sur la vie qu'ils envisagent de souscrire.

Un contrat d'assurance temporaire décès n'est pas un contrat d'épargne. Il répond à un objectif de pure prévoyance en garantissant un capital en cas de décès avant la date prévue par le contrat.

GARANTIES APPLICABLES

Étude réalisée par Eve-Elodie Genies

C'EST CE QUI A ÉTÉ CONVENU À LA SOUSCRIPTION QUI S'APPLIQUE

La modification d'un contrat d'assurance n'est possible que par l'établissement d'un avenant traduisant la nouvelle volonté des parties. À défaut, seules les conditions générales remises et acceptées lors de la souscription sont applicables.



Les conditions générales opposables à l'assuré sont celles qui lui ont été remises à la souscription. Toute modification de l'offre contractuelle par l'assureur est sans incidence sur le contrat en cours, sauf avenant régularisé entre les parties.

Dans le cadre de la procédure de médiation, les deux parties à un litige fournissent régulièrement des versions différentes des conditions générales. Parfois, l'assuré transmet des conditions générales qu'il a obtenues en agence parce qu'il ne dispose plus de son exemplaire, parfois c'est l'assureur qui envoie la nouvelle version des dispositions de ce contrat. Il appartient alors au Médiateur de déterminer la version des conditions générales applicable au litige.

Dans un dossier, un assuré avait souscrit un contrat de prévoyance ayant pour objet le versement de prestations en cas de décès. Le sinistre étant survenu à la suite d'un accident de la circulation, l'assureur a refusé de délivrer la garantie, l'origine du sinistre entrant dans le champ des exclusions prévues au contrat.

L'ayant droit de l'assuré a alors contesté la décision de l'assureur en réfutant l'application des conditions générales remises au moment de la souscription. Le réclamant se prévalait de l'application de la version des conditions générales commercialisée au moment du décès de l'assuré, celles-ci n'excluant pas les sinistres résultant des accidents de la circulation.

L'article L.112-3 du Code des assurances, qui régit les modifications contractuelles intervenant entre les parties d'un contrat d'assurance individuel, dispose en son alinéa 5 que : « *Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties* ».

Ainsi, la modification des dispositions contractuelles d'un contrat d'assurance individuel intervient par l'établissement d'un avenant.

À défaut, ce sont les dispositions contractuelles remises à la souscription et acceptées par l'assuré qui sont applicables. Pour mémoire, le contrat d'assurance est un contrat dit « consensuel » qui se forme par la rencontre des volontés de l'assureur et de l'assuré. Les dispositions initiales régissant les obligations respectives des parties ne peuvent donc pas être remises en cause sans que ces dernières aient fait part de leur accord.

Par conséquent, le Médiateur a rappelé qu'il appartenait au réclamant de rapporter la preuve de la régularisation d'un avenant entre les parties, visant à faire appliquer la version la plus récente des conditions générales.

En l'absence d'une telle preuve, le Médiateur a retenu que les conditions générales remises lors de la souscription étaient seules applicables. La clause d'exclusion des sinistres survenus à l'occasion d'un accident de la circulation était donc opposable à l'ayant droit.

Le réclamant fondait également sa demande sur le défaut d'information de l'entreprise d'assurance, estimant que celle-ci était tenue d'informer l'assuré de l'existence de nouvelles dispositions contractuelles, potentiellement plus favorables.

Toutefois, le Médiateur a rappelé qu'il était impossible pour l'assureur de se rapprocher de l'ensemble de ses assurés afin de les informer de l'édition d'une nouvelle version des dispositions contractuelles, et qu'il n'en avait pas l'obligation (Cass. civ. 1ère, 1er décembre 1998, n° 94-13.589). En outre, l'opportunité de procéder à la modification du contrat souscrit ne peut s'apprécier qu'au regard de la situation personnelle de chaque assuré et de ses besoins assurantiels. ●

L'assuré doit vérifier que son contrat est toujours adapté à sa situation personnelle et si nécessaire aviser l'assureur de ses nouveaux besoins assurantiels afin que ce dernier étudie sa demande et établisse un avenant le cas échéant.

DÉFINITION CONTRACTUELLE

Étude réalisée par Angélina Bich

QU'EST-CE QU'UN ACCIDENT CORPOREL ?

En l'absence de définition contractuelle, le Médiateur a interprété la notion d'accident corporel dans le sens le plus favorable à l'assuré consommateur.



Il est important que les assureurs prévoient, au sein des documents contractuels remis à l'assuré, une définition précise des termes de la police servant à délimiter le risque garanti.

L'accident corporel n'étant pas légalement défini, les entreprises d'assurance sont invitées à préciser les contours exacts de cette notion dans leurs contrats, afin d'éviter tout risque d'ambiguïté et donc de désaccord au moment de la survenance d'un sinistre.

L'appréciation de la notion d'accident fait l'objet d'un nombre important de saisines du Médiateur. Si ce type de litige porte généralement sur la définition prévue au contrat, il peut également résulter de l'absence de toute définition contractuelle.

Dans un cas d'espèce présenté au Médiateur, un assuré avait souscrit un contrat collectif d'assurance emprunteur, garantissant le remboursement de son prêt immobilier, notamment en cas d'incapacité temporaire de travail résultant d'un accident corporel.

L'assuré, un enseignant, avait été victime d'une agression sur son lieu de travail, au cours de laquelle un élève avait projeté en sa direction un pot contenant un liquide, atteignant son dos et tachant ses vêtements ainsi que ses affaires personnelles. Il n'en était pas résulté de blessure physique, mais une affection psychique conduisant à sa mise en arrêt de travail.

L'entreprise d'assurance considérait que son incapacité temporaire de travail était consécutive à une maladie et ne résultait donc pas d'un accident corporel. Toutefois, aucun document contractuel ne précisait la définition de l'accident corporel, ce qui ne permettait pas à l'assuré de connaître l'étendue de sa garantie.

Le Médiateur s'est alors livré à une interprétation de cette notion.

S'il n'existe pas de définition légale de l'accident, celui-ci peut être assimilé, en matière d'assurance de personnes, à toute atteinte à l'intégrité physique non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Au regard des éléments communiqués, il a été constaté que l'assuré avait été placé en arrêt de travail à la suite d'une affection post-traumatique, consécutive à une agression physique. Aucun document médical ne faisait état de prédispositions pathologiques ou d'évènements antérieurs pouvant être à l'origine de son affection.

L'incapacité temporaire de travail de l'assuré résultait donc d'une affection causée par une action violente, soudaine et extérieure de la part d'un tiers.

Le Médiateur a ainsi apprécié la notion d'accident corporel, non définie au contrat, dans un sens favorable au consommateur, et a invité l'entreprise d'assurance à prendre en charge les échéances du prêt au titre de la garantie incapacité temporaire totale de travail. ●

Étude réalisée par Eve-Elodie Genies

EXCLUSION

LES CLAUSES D'EXCLUSION SONT INSUSCEPTIBLES D'INTERPRÉTATION

L'assureur peut délimiter le périmètre de la garantie par l'insertion de clauses d'exclusion, qui ne sont valables qu'à condition d'être formelles et limitées, ce qui exclut toute possibilité d'interprétation, *a fortiori* d'une manière extensive.

Le Médiateur a été saisi d'un litige relatif à un contrat d'assurance destiné à garantir le remboursement des échéances d'un prêt souscrit par l'assuré. Ayant été placé en arrêt de travail, ce dernier a sollicité la mise en œuvre des garanties prévues à son contrat.

L'assureur a néanmoins refusé de faire droit à sa demande, au motif que l'affection à l'origine de son arrêt de travail avait fait l'objet d'une constatation médicale antérieurement à l'adhésion au contrat, situation visée par une exclusion contractuelle.

Le Médiateur a d'abord relevé que la clause d'exclusion était valable, étant rédigée comme suit : ***« Ne sont pas garantis : Les accidents ou maladies dont la première constatation médicale est antérieure à la date d'adhésion ».*** En effet, cette clause – imprimée en caractères très apparents – répondait aux exigences légales de formalisme et était rédigée de manière claire et compréhensible.

À la lecture de cette clause, il apparaît qu'étaient exclues de la garantie les pathologies constatées médicalement pour la première fois avant l'adhésion.

En l'espèce, avant son adhésion au contrat, l'assuré était atteint d'une pathologie articulaire, pour laquelle il avait subi une intervention chirurgicale, à savoir la pose d'une prothèse. Puis, postérieurement à l'adhésion au contrat, l'assuré avait été placé en arrêt de travail en raison d'un descellement de cette prothèse.

Bien qu'il ne soit pas contestable que ce descellement de prothèse, à l'origine de l'arrêt de travail de l'assuré, soit en lien avec ses antécédents médicaux, celui-ci est survenu postérieurement à l'adhésion.

L'entreprise d'assurance, en opposant la clause d'exclusion à l'assuré, en avait donc fait une interprétation extensive. En effet, cette clause, ainsi rédigée par l'assureur, n'a pas placé hors de la garantie les pathologies qui seraient en lien avec une maladie constatée avant l'adhésion, à l'inverse, par exemple, des clauses excluant « *les suites, conséquences, rechutes et récidives* » de maladies antérieures.

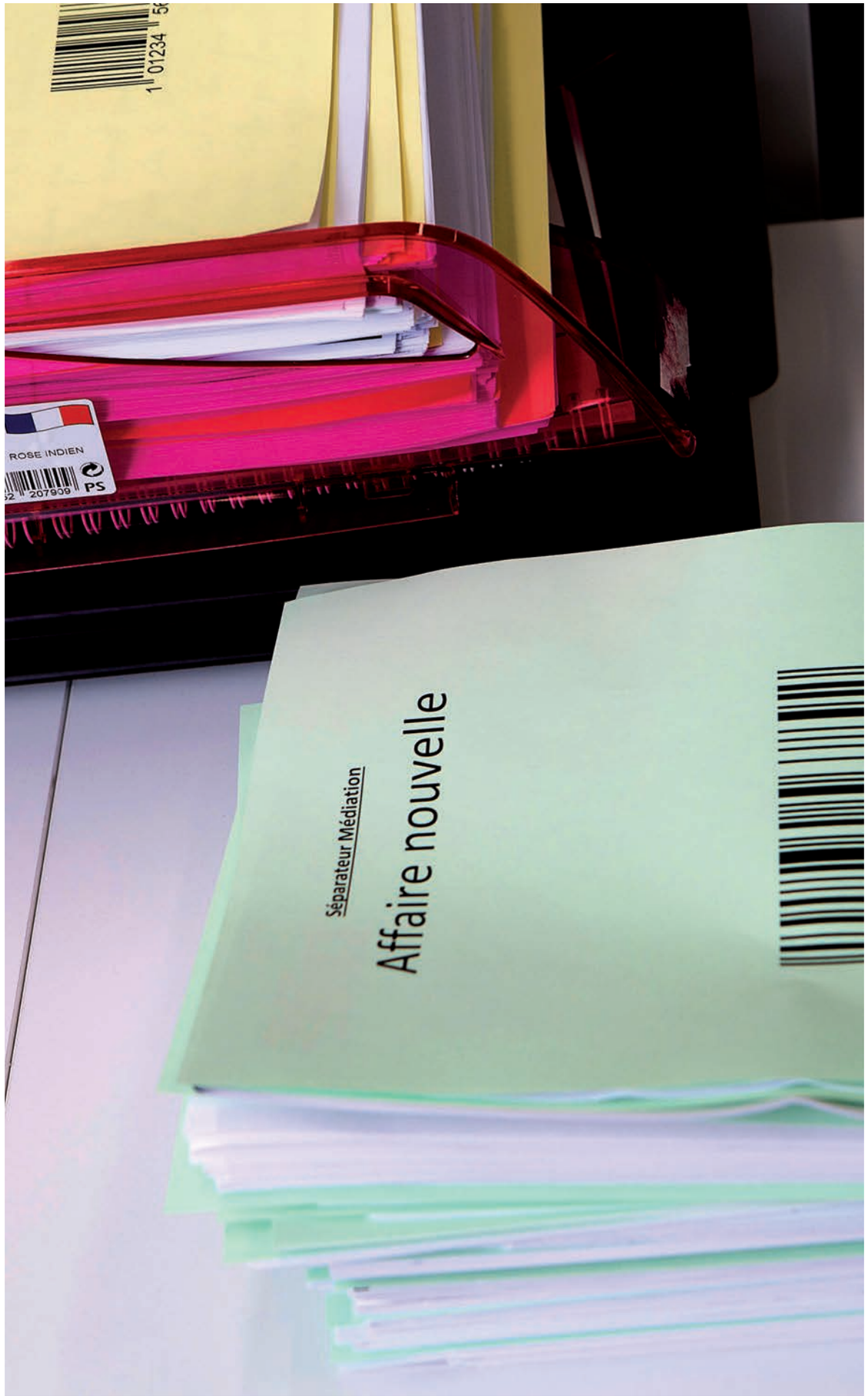
L'assureur ne pouvait ainsi faire une interprétation extensive de la clause d'exclusion. Une telle interprétation irait à l'encontre du principe selon lequel l'assuré doit, à la lecture des dispositions contractuelles, connaître l'étendue exacte des garanties auxquelles il peut prétendre.

Dès lors, le Médiateur a considéré que même si la pathologie était en lien avec l'affection articulaire de l'assuré constatée avant son adhésion au contrat, la clause d'exclusion ne lui était pas opposable. ●



Les clauses d'exclusion doivent être formelles et limitées. Aussi, l'assureur ne peut interpréter largement une exclusion contractuellement stipulée ou invoquer une exclusion implicite pour refuser sa prise en charge.

L'assureur doit être vigilant lors de l'application des clauses visant à exclure du champ des garanties certains risques. Il ne peut aller au-delà de ce qui est expressément prévu par l'exclusion contractuelle.



7

UN CAS À PART

DÉFINITION CONTRACTUELLE

Rédacteur Clarisse Trillat

COMME CHIEN ET CHAT

Les juristes de LMA travaillent avec rigueur toute l'année pour répondre aux assurés sur des sujets qui abordent tous les aspects de la vie quotidienne, parfois lourds. Pour le cas de cet assuré, propriétaire d'animaux de compagnie, cette présentation plus souriante ne retire rien au sérieux de sa requête et de la problématique juridique soulevée : les termes du contrat doivent être précisément définis pour permettre à l'assuré de connaître l'étendue de ses garanties.



L'assureur ne peut refuser de délivrer sa garantie en fonction de critères subjectifs.

Les clauses imprécises, en l'absence de définition de certains termes, laissent place à l'interprétation et ne permettent pas à l'assuré de connaître l'étendue de ses garanties.

La compréhension des contrats par les assurés est facilitée par la présence d'un lexique exhaustif et détaillé.

Un homme avait dans son foyer
Des animaux pour compagnie.
Chacun même amour recevait,
Sans distinction ni hiérarchie.

La chèvre, comme chien et chat,
Vivait en parfaite harmonie,
Quand l'animal un jour fauta :
Du voisin brisa le palis.

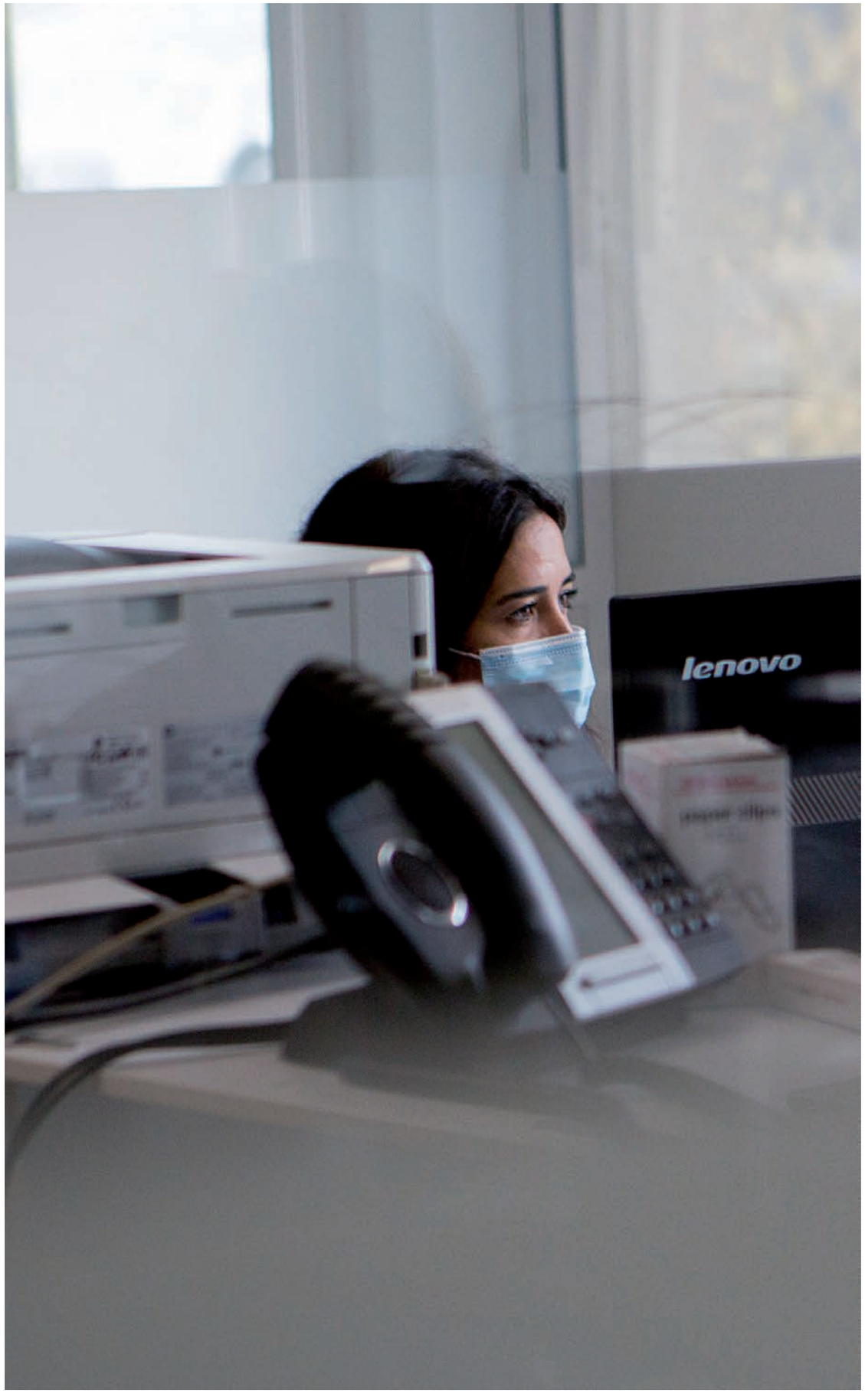
Au secours du maître du bouc,
On appela son assureur
Afin de réparer le souk
Causé par l'animal farceur.

Fort de ses clauses contractuelles,
L'assureur refusa tout net :
« Une chèvre n'est point un teckel :
Domestique n'est pas cette bête ! »

Saisi de cette difficulté,
Le Médiateur a constaté
Qu'en l'absence de définition,
Il n'y avait pas d'exclusion.

La chèvre, comme chien et chat,
Devait être considérée,
Et la garantie du contrat
A pu être mobilisée. ●





8

ANNEXES

LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC

Les Médiateurs du Club affirment les valeurs et principes applicables au processus de médiation qui, dans le respect permanent des règles de droit, sont le cadre de référence de leur action. Étant membre de son bureau, le Médiateur de l'Assurance s'y associe pleinement.

PRÉAMBULE

Le Club des Médiateurs de Services au Public, constitué en association, regroupe des médiateurs de la consommation, d'administrations, d'entreprises publiques et de collectivités, en charge de services au public. Ils pratiquent la médiation pour parvenir avec les parties à une solution amiable fondée en droit et en équité. En outre, ils font des recommandations de portée générale en vue d'encourager les bonnes pratiques dans les relations avec les publics concernés.

Ces médiations, gratuites pour les demandeurs et d'un accès direct, dès que les recours internes ont été respectés, s'exercent conformément aux principes fixés par la présente Charte des Médiateurs de Services au Public.

Cette charte constitue le socle de référence éthique de la médiation pratiquée par les membres du Club des Médiateurs de Services au Public (ci-après le(s) « médiateur(s) »).

La médiation est un processus structuré par lequel des personnes physiques ou morales tentent, avec l'aide du médiateur, de manière volontaire, de parvenir à un accord amiable pour résoudre leur différend.

Le médiateur est un tiers compétent et indépendant, non impliqué dans le différend. Son éthique repose sur les valeurs portées par la présente charte. Il dispose d'une compétence sur les sujets qui lui sont confiés en médiation. Il actualise et perfectionne ses connaissances théoriques et pratiques de la médiation par une formation continue, notamment dans le cadre du Club.

Le médiateur s'attache au respect des personnes et à leur écoute attentive afin que les parties puissent dépasser leur différend pour aboutir à une solution.

1. VALEURS DU MÉDIATEUR DU CLUB

Ces valeurs garantissent l'indépendance, la neutralité et l'impartialité du médiateur.

L'INDÉPENDANCE

Le médiateur est indépendant vis-à-vis de toute influence extérieure. Il ne reçoit aucune directive de quiconque. Son indépendance est garantie par les moyens dont il dispose, sa désignation, les conditions d'exercice et la durée de son mandat.Il s'engage à refuser, suspendre ou interrompre la médiation si les conditions de cette indépendance ne lui paraissent pas ou plus réunies.

LA NEUTRALITÉ

Le médiateur est neutre : son avis n'est ni influencé ni orienté par des considérations externes aux demandes des parties.

L'IMPARTIALITÉ

Le médiateur est impartial par rapport aux parties pendant toute la durée de la médiation. Il s'interdit toute situation de conflit d'intérêt.

2. PRINCIPES APPLICABLES AU PROCESSUS DE MÉDIATION

Les médiateurs membres du Club s'engagent à conduire leur médiation en respectant les principes suivants :

L'ÉQUITÉ

Lorsqu'un avis est émis par le Médiateur, celui-ci est fondé en droit et en équité. Il doit prendre en compte le contexte propre à chaque cas et notamment lorsque l'application stricte du droit produit des effets disproportionnés ou manifestement injustes.

LA TRANSPARENCE

Le médiateur garantit la transparence de son activité et, notamment,il informe :

- sur son champ de compétence de façon large et accessible, notamment sur son site Internet et sur celui du Club des Médiateurs de Services au Public.
- les publics de manière claire et complète sur les valeurs et les principes de la médiation ainsi que sur les conditions de déroulement du processus.
- sur les effets de la médiation, notamment, le cas échéant, sur la suspension des délais de prescription applicables et sur le fait que les demandeurs conservent leur droit de saisir les tribunaux.

Le médiateur rend public, chaque année, un rapport détaillé sur son activité.

LA GRATUITÉ

Le recours à la médiation est gratuit pour les demandeurs.

LA CONFIDENTIALITÉ

La médiation est soumise au principe de confidentialité. Le médiateur s'assure, avant le début de la médiation, que les parties ont accepté les principes d'un processus contradictoire ainsi que les obligations de confidentialité qui leur incombent.

L'EFFICACITÉ

Le Médiateur s'engage à répondre avec diligence à toutes les demandes, à conduire à son terme la médiation et à en garantir la qualité. ●

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE À L' INTERNATIONAL

Au niveau européen, le réseau Fin-Net, créée par la Commission européenne en 2001 a pour double objectif de promouvoir la coopération entre les médiateurs nationaux, dans le domaine des services financiers, et d'offrir aux consommateurs, dans ce même domaine, un accès facile et efficace à des mécanismes extrajudiciaires de règlement des litiges transfrontaliers.

Réseau pour la Résolution des Litiges Financiers

Le réseau compte 60 membres de 27 pays de l'Espace économique européen (EEE). Leur liste est disponible sur le site de la Commission européenne, où les coordonnées des organismes sont également indiquées.

Toute autorité de médiation dans le domaine des services financiers peut rejoindre Fin-Net à la condition de respecter les principes énoncés dans la législation de l'UE sur le règlement extrajudiciaire et le règlement en ligne des litiges. Un protocole d'accord définit la manière dont les membres doivent coopérer dans le cadre du réseau.

Deux réunions annuelles du réseau permettent les échanges d'informations, de pratiques et d'expériences sur la base d'un ordre du jour préparé en collaboration avec la Commission européenne.

La médiation française de l'assurance est présente au sein de ce réseau depuis sa création en 2001. L'unification et le développement de LMA depuis 2015 y ont renforcé son rôle.

Ainsi LMA est en mesure de traiter les saisines de ressortissants des pays membres, en litige avec une entreprise d'assurance régie par le droit français. La saisine peut provenir directement du consommateur, ou par l'intermédiaire du Médiateur du pays concerné. Dans ce cadre, LMA peut être saisie en Français ou en Anglais.

À l'inverse, lorsqu'un réclamant français fait part au Médiateur d'un litige avec une entreprise d'assurance régie par le droit d'un autre pays membre, la saisine sera transmise par LMA au Médiateur étranger concerné et s'attachera à suivre l'avancement du dossier auprès de son homologue.

INTERNATIONAL NETWORK FINANCIAL SERVICES OMBUDSMAN SCHEMES

Sur le plan international, le Médiateur de l'Assurance est, depuis janvier 2013, membre du réseau INFO (International Network of Financial services Ombudsman) qui regroupe des médiateurs financiers (banque, finance, assurance) du monde entier. La liste des membres compte 57 organismes, représentant 36 pays des 5 continents.

Son but est de généraliser l'accès à la médiation financière dans le monde, notamment en développant la compétence et l'expertise de ses membres par l'échange d'informations et d'expériences. La collaboration entre les membres permet également la résolution de litiges transfrontaliers, de la même manière qu'au sein de Fin-Net avec lequel les échanges se développent constamment. ●

TEXTES DE RÉFÉRENCE

CODE DE LA CONSOMMATION

- **Articles L.612-1 à L.612-5**
  Processus de médiation des litiges de consommation.

- **Articles L.616-1 à L.616-3**
  Information et assistance du consommateur.

- **Articles R.612-1 à R.612-5**
  Processus de médiation des litiges de consommation.

CECMC

Fiches de jurisprudence dégagée par la CECMC
https://www.economie.gouv.fr/mediation-conso/fiches-de-jurisprudence-degagee-par-la-cecmc

ACPR

- Recommandation 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, modifiée le 6 décembre 2019
  https://acpr.banque-france.fr/sites/default/files/media/2020/08/05/9.3._recommandation_2016-r-02_version_6_decembre.pdf

SITE INTERNET DE LMA

- **Saisir la médiation :**
  mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur

- **Pour consulter les études de cas de LMA :**
  mediation-assurance.org/Point+de+vue

ARTICLES DE PRESSE

- **L'entretien : Arnaud Chneiweiss, Médiateur de l'Assurance « Ma priorité est de réduire les délais de traitement »**
  La Tribune de l'Assurance, n°260, septembre 2020.

- **Médiateur de l'assurance : un rôle de tiers de confiance dans une « société de défiance »**
  Miroir social, 8 janvier 2021

- **« Notre indépendance et notre impartialité sont essentielles à notre crédibilité »**
  La nouvelle revue du courtage, janvier 2021

- **Pertes d'exploitation : la médiation de l'assurance se pose en alternative à la justice**
  L'Argus de l'Assurance, 10 décembre 2020

- **Médiation de l'Assurance : l'expérience du *soft power***
  A.Chneiweiss, Dossier FDA n°2, Actes du colloque « Droit des assurances et droit de la consommation », 6 novembre 2020, bjda.fr 2021

- **Qu'est-ce que la Médiation de l'Assurance ?**
  Predictice, 2 novembre 2020

- **Arnaud Chneiweiss, médiateur de l'assurance : « Ma priorité est la réduction des délais de traitement »** *L'Argus de l'Assurance,* 28 octobre 2020

- **« Réduire les délais de réponse aux assurés est ma priorité »**
  Le Figaro Magazine, 16 octobre 2020, n° 23690

ADRESSES UTILES

- **La Médiation de l'Assurance**
  mediation-assurance.org

- **Institut national de la consommation**
  inc-conso.fr

- **Fédération Française de l'Assurance (FFA)**
  ffa-assurance.fr

- **Comité consultatif du secteur financier**
  banque-france.fr/ccsf/fr/index.htm

- **Anacofi Assurances**
  anacofi.asso.fr

- **Planète CSCA**
  planetecsca.fr/syndicat

- **Syndicat des courtiers en assurances de la Réunion et de l'Océan Indien (SCAR-OI)**
  scar-oi.re

- **Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation**
  economie.gouv.fr/mediation-conso/commission

- **Autorité de contrôle prudentiel et de régulation**
  acpr.banque-france.fr

- **Club des médiateurs de Services au Public**
  clubdesmediateurs.fr

- **Fin-Net**
  ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_en

- **International Network of Financial services Ombudsman schemes**
  networkfso.org

- **Centre européen de la consommation**
  cec-zev.eu

Suivez-nous sur LinkedIn !

9

INDEX

A

Accident 8, 20, 66, 88, 90, 102, 114, 116, 117
Adhésion 8, 98, 100, 102, 106, 110, 111, 117
Aléa 88, 92
Annulation de voyage 8, 20, 64, 79, 92
Antécédents médicaux 98, 106, 110, 111, 117
Assurance pour compte 102
Assurance professionnelle 4, 8, 58, 64, 76
Assurance vie 100, 104, 105, 106, 112
Automobile 8, 58, 64, 80, 82, 89, 90
Avenant 58, 78, 114
Ayant droit 114

B

Bénéficiaire 100, 102, 105, 112, 113

C

Capital 74, 100, 105, 112, 113
Charge de la preuve 20, 26, 81, 87, 88, 89, 92, 114
Clause abusive 8, 26
Clause bénéficiaire 100, 102, 105, 112, 113
Clause d'exclusion 8, 20, 58, 64, 76, 88, 92, 102, 110, 114, 117, 120
Condition de garantie 79, 87
Contrat collectif/groupe 106, 116
Contrat mixte 100, 113
Courtier d'assurance 8, 58, 64, 76, 78, 104
Covid-19 8, 58, 64

D

Décès 100, 105, 110, 112, 113, 114
Déchéance de garantie 81
Déclaration de sinistre 81, 92
Déclaration du risque 8, 76, 98, 110, 111
Défaut d'entretien 8, 20, 58
Définition contractuelle 64, 74, 116, 120
Dépendance 26
Devoir de conseil 8, 58, 64, 76, 78, 104

E

Emprunt 110, 116, 117
Épargne 100, 104, 113
Épidémie 8, 58, 64
Équité 8, 64
Exclusion 8, 20, 58, 64, 76, 88, 92, 102, 110, 114, 117, 120
Expert/expertise 8, 74, 81, 86, 87, 89, 104

F

Fausse déclaration 8, 81, 98, 110, 111
Faute dolosive 88

G

Garanties applicables 114

H

Habitation 20, 26, 58, 74, 76, 82, 86, 89
Hospitalisation 8, 64, 79, 98

I

Incapacité temporaire de travail 64, 116
Intermédiaire d'assurance 8, 58, 64, 76, 78, 104
Invalidité 8, 64

M

Mobilité bancaire 106

N

Négligence 8, 20, 58

O

Objet de valeur 74
Obsèques 112

P

Pandémie 8, 58, 64
Pertes de loyers 87
Pertes de revenus 8, 64, 102
Pertes d'exploitation 8, 58, 64
Preuve du sinistre 89
Propriétaire non occupant 87

Q

Questionnaire de santé 92, 98, 110, 111

R

Rachat 104
Rédaction du contrat 8, 20, 26, 58, 117
Rente 100
Résiliation 58, 80, 82, 106, 113
Responsabilité civile 80, 90
Retraite 8, 64

S

Santé 8, 64, 79, 98, 110, 111
Souscription 8, 58, 64, 74, 76, 78, 100, 106, 110, 113, 114

T

Téléphonie mobile 8, 91
Temporaire décès 100, 113
Testament 105

V

Vétusté 20, 90
Visite de risque 76
Vol 20, 74, 76, 86, 91
Volonté de l'assuré 105, 112, 114



La Médiation de l'Assurance éditeur
TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 — ISSN 2556-9457 — Juillet 2021
Photo de couverture : Shutterstock/Huge / Photos intérieures : p. 5 Marthe Lemelle / p. 9 et photos pleine page : Eldee
Illustrations Nikita / Coordination éditoriale & SR : Clarisse Trillat / clarisse.trillat@outlook.com
Conception graphique & réalisation : castelain / yves@castel1.com
Imprimé en France sur papier PEFC avec encres végétales

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

www.mediation-assurance.org


LA MÉDIATION
DE L'ASSURANCE