RAPPORT D'ACTIVITÉ 2019



LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE



LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

RAPPORT D'ACTIVITÉ
2019

■ AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE p. 4

■ LE MOT DU MÉDIATEUR p. 7

■ 1. LA PROCÉDURE DE MÉDIATION p. 19

■ 2. LA MÉDIATION EN QUELQUES CHIFFRES p. 23

■ 3. ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

● La résiliation du contrat d'assurance p. 36

3.A/ LE CONTRAT

1) Même lors d'une souscription en ligne, l'assureur doit fournir un support durable d'information p. 40
2) Le devoir de conseil de l'agent général p. 42
3) Le devoir de conseil du courtier en cours d'exécution du contrat d'assurance p. 43
4) L'assureur peut-il exclure les sinistres liés à la négligence de l'assuré ? p. 44
5) L'obligation d'assurance des trottinettes électriques p. 45

3.B/ LE SINISTRE

1) La preuve de l'existence et de la valeur des biens dérobés p. 47
2) L'assureur ne doit pas indemniser pour une valeur supérieure à celle du bien assuré p. 48
3) L'assuré qui commet de mauvaise foi une fausse déclaration à l'occasion d'un sinistre encourt la déchéance de sa garantie p. 49
4) La responsabilité de l'assureur peut être engagée en cas de manquement de son prestataire d'assistance p. 50

■ 4. ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

● La sortie en capital des contrats d'assurance retraite à l'aune de la loi PACTE p. 52

4.A/ LE CONTRAT

1) Les restrictions de garantie acceptées par SMS sont opposables à l'assuré p. 55
2) Le conseil du courtier lors de la souscription du contrat doit être adapté et personnalisé p. 56
3) La cessation de la garantie n'emporte pas nécessairement la cessation du versement des prestations p. 58
4) Les contrats collectifs d'assurance de personnes peuvent faire l'objet d'évolutions ne nécessitant pas l'accord de l'assuré p. 60
5) L'application du plafond de garantie dans le cadre d'un prêt dit « *in fine* » p. 62

● De la nécessité d'être pédagogue dans l'information délivrée aux assurés p. 63

4.B/ LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

1) Le maintien des prestations en cas de résiliation à l'initiative de l'assuré p. 67
2) Le rachat d'un contrat Madelin est possible en cas d'expiration des droits aux allocations chômage p. 68
3) La faculté de résiliation du contrat d'assurance de prêt à la consommation p. 69
4) L'assureur ne peut exiger la délivrance de documents médicaux si le bénéficiaire n'est pas un ayant droit p. 70

■ 5. LA CHARTE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE p. 73

■ 6. AU NIVEAU INTERNATIONAL p. 77

■ 7. ANNEXES

● Charte du Club des Médiateurs de Services au Public p. 80
● Textes de référence p. 82
● Adresses utiles p. 83
● Organigramme de La Médiation de l'Assurance p. 84

■ 8. INDEX p. 86



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

Présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)

La Médiation de l'Assurance est une institution unique, la plus importante en France par le volume traité (15 000 saisines par an) et qui fédère la médiation de 3 420 professionnels (assureurs, courtiers, gestionnaires de patrimoine…). Créée fin 2015, elle apporte aux consommateurs son expertise et son aide, en toute indépendance et impartialité. Je tiens d'abord à saluer mon prédécesseur Francis Amand, qui a présidé à la gouvernance des premières années de La Médiation de l'Assurance alors qu'il était par ailleurs Président de l'Institut National de la Consommation, aux côtés de Philippe Baillot, qui a été le premier Médiateur et a su mettre en place une structure adaptée pour faire face au flux croissant des saisines. Je remercie Francis et Philippe pour la qualité de leurs travaux et pour avoir posé les fondations de La Médiation de l'Assurance.

Depuis fin mars 2020, nous avons un nouveau Médiateur, Arnaud Chneiweiss, qui va inscrire son action au service des consommateurs, pour une médiation toujours plus performante, capable de proposer aux parties des solutions équitables et dans le cadre d'une procédure transparente.

Je voudrais ici faire part d'un constat et d'une volonté.

Le constat, que je fais autant en tant que Présidente du Conseil d'Administration de La Médiation de l'Assurance qu'en tant que Présidente du Comité consultatif du secteur financier, c'est le besoin essentiel de médiation dans notre société. Ce mode de règlement des différends, tout en étant rigoureux sur le fond de l'avis exprimé, est plus souple, plus rapide que l'action devant les tribunaux, et gratuit pour les particuliers.

Or, l'assurance est au cœur de notre vie quotidienne, qu'il s'agisse de questions de santé, de préparation de la retraite, de projets d'épargne, de risque d'accident corporel ou de dégâts seulement matériels – dégât des eaux, accident de voiture, vol… Elle se doit d'être la meilleure protection face à des situations stressantes ou même dramatiques auxquelles nous pouvons être confrontés. Pourtant, la complexité des règlements ou des contrats d'assurance entraîne trop souvent des incompréhensions lorsque survient un sinistre. Si le dialogue entre les parties s'avère impossible, il revient alors à La Médiation de l'Assurance de proposer une solution équilibrée, équitable, en toute indépendance. Pour mener à bien son action, elle doit être reconnue par toutes les parties prenantes (associations de consommateurs, assureurs, courtiers, gestionnaires de patrimoine…) pour ses qualités essentielles : l'indépendance, l'impartialité, la transparence et la compétence.

La volonté, c'est de rendre La Médiation de l'Assurance encore plus efficace.

Notre priorité est de réduire nos délais de traitement qui sont beaucoup trop longs. Nous en avons pleinement conscience et avons engagé différents chantiers, en termes d'organisation et de modernisation informatique afin d'être en mesure d'apporter aux assurés une proposition de solution dans les délais impartis.

Nous souhaitons également avoir une relation plus fluide avec les assurés saisissant La Médiation de l'Assurance, par l'ouverture d'un espace personnel permettant des échanges d'information et un suivi du dossier.

Nous voulons enfin mieux valoriser l'incroyable richesse représentée par les milliers de cas concrets que nous traitons 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.

Aux assureurs, nous pouvons indiquer les cas les plus fréquemment rencontrés pour que certaines pratiques puissent évoluer ou que les contrats soient parfois plus lisibles. Dans le propos qui suit, Arnaud Chneiweiss donne des exemples très concrets de ces difficultés et des incompréhensions qu'elles suscitent.

Aux assurés, nous devons expliquer avec pédagogie le fonctionnement des contrats d'assurance. Nous avons un rôle d'éducation aux questions d'assurance qui me paraît très important pour prévenir les mauvaises compréhensions et donc les litiges. La publication régulière d'études de cas répond à cet objectif.

Enfin, je souhaite, au nom du Conseil d'Administration, remercier chaleureusement Arnaud Chneiweiss et les équipes de La Médiation de l'Assurance qui ont réussi à poursuivre leurs travaux pendant la période de confinement du printemps 2020 et à produire des propositions de solution. Par leur engagement sans faille, ils ont pu continuer à répondre aux assurés en travaillant à distance, dans des circonstances parfois difficiles. Nous allons d'ailleurs mettre à profit cette crise sanitaire pour moderniser nos outils informatiques et améliorer les conditions de télétravail.

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

15 000 SAISINES PAR AN



Arnaud CHNEIWEISS
Le Médiateur de l'Assurance

15 000 saisines par an. La Médiation de l'Assurance (LMA) est la plus importante en France par le volume traité. Il faut faire face à cet afflux. Apporter une réponse personnalisée, soit pour l'instruire sur le fond, avec indépendance et, je crois que ce point est reconnu par tous, compétence ; soit pour dire que la saisine est prématurée si l'assuré n'a pas encore tenté de résoudre son litige avec l'assureur.

15 000 saisines par an. Il faut prendre le temps d'ouvrir les courriers reçus, de lire les messages envoyés sur internet décrivant pourquoi on saisit le Médiateur. Ils disent les attentes placées en nous *(« vous êtes mon dernier recours »)*, les espoirs parfois excessifs, les frustrations causées par une relation client défaillante – en tout cas manquant d'empathie et de pédagogie dans les cas qui arrivent jusqu'à nous.

15 000 saisines par an, est-ce beaucoup ? On pourra dire que c'est bien peu par rapport aux 13 millions de sinistres réglés tous les ans par les assureurs rien qu'en assurance dommages. C'est vrai et tant mieux. Cela montre, heureusement, que les assurés sont le plus souvent satisfaits du processus d'indemnisation. Notre appréciation est biaisée : à La Médiation de l'Assurance, nous ne voyons que des cas posant problème, ceux où les sentiments d'injustice ou d'incompréhension des assurés les ont poussés jusqu'à nous. Cette détermination était justifiée dans un tiers des cas : depuis le début de l'année 2020, La Médiation de l'Assurance est allée dans leur sens, en tout ou partie, dans cette proportion – et des centaines de dossiers ont été résolus « spontanément » dès lors que nous avons été saisis.

Si bien que ces 15 000 saisines annuelles peuvent être vues 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 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 épuisés et que l'on puisse se tourner vers la Médiation.

À propos de ces délais pour nous saisir, nous sommes face à des exigences contradictoires : d'un côté, il est normal que le mécontentement durable de l'assuré remonte jusqu'au service Réclamations de l'assureur afin que dans toute la mesure du possible ce soit à ce niveau qu'une solution soit trouvée ; de l'autre côté, si l'assuré est mécontent de façon

persistante, il faut que la possibilité de recours à la Médiation soit « effective », c'est-à-dire assez rapide. C'est un sujet dont le Comité consultatif du secteur financier pourrait utilement s'emparer pour trouver le juste équilibre.

AU CŒUR DE LA RELATION CLIENT

15 000 saisines par an, comme autant de révélateurs de la relation client, autant d'enseignements qui peuvent être utiles aux assureurs comme aux assurés. Notre mission consiste aussi, dans le respect de la confidentialité des cas, à tirer les leçons d'insatisfactions récurrentes et à dire aux assureurs les dysfonctionnements relevés afin de corriger certaines pratiques. 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 patrimoines… – qu'il s'agisse de rencontres individuelles ou collectives. 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 les positions de La Médiation de l'Assurance, notre « doctrine » sur tel ou tel point – en ce qui concerne, par exemple, l'opposabilité des dispositions contractuelles –, que cette doctrine soit comprise par tous les acteurs et que nos « propositions de solution » puissent finalement être anticipées par les parties prenantes afin qu'il n'y ait si possible 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 de publier une « étude de cas » toutes les deux semaines (1), sans attendre le rapport annuel, pour fournir des exemples de nos positions et de notre action. 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'assuré et de l'assureur. Je suis heureux que des médias spécialisés aient établi un partenariat avec nous pour publier dans leurs colonnes certaines de nos études de cas et que des écoles d'assurance relaient nos publications.

15 000 saisines qui sont comme un moyen unique de se trouver au cœur de la relation client : les litiges qui nous sont soumis portent sur tous les moments de la relation entre l'assuré et son assureur.

Au moment de la souscription : certains assurés estiment avoir été mal conseillés sur le produit à souscrire ou l'avoir mal compris. Les exemples abondent : un PERP dont on demande le rachat en capital alors que ce produit – à terme remplacé par le Plan d'épargne retraite individuel – est bloqué (2) jusqu'au départ en retraite de l'adhérent ou jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge légal de départ en retraite, et qui ne peut être versé que sous forme de rente ; un contrat obsèques pour lequel l'assuré, qui a eu heureusement une longue vie, ne comprend pas avoir cotisé davantage que le capital qui sera versé à ses bénéficiaires ; un produit mixte combinant épargne et assurance décès alors que l'assuré pensait avoir souscrit un contrat d'épargne… Tirons deux enseignements de ces situations :

- Le devoir de conseil de l'assureur trouve sa limite dans le fait que l'assuré doit s'impliquer dans l'acte de souscription. L'assuré doit lire le contrat auquel il adhère, essayer de se projeter dans les situations qui lui importent le plus. Très souvent, c'est au moment du sinistre que l'assuré semble découvrir l'étendue de ses garanties, les exclusions, voire la philosophie du contrat. Chacun doit agir de façon responsable. On ne peut pas souscrire en assurance automobile une assurance minimale « au tiers » (ne couvrant que les dommages qu'on peut infliger à des tiers) et espérer la prise en charge des dommages de son véhicule ;
- L'assureur doit redoubler d'attention pour bien faire comprendre à l'assuré l'étendue de ses garanties. Reconnaissons que malgré les efforts des assureurs pour être plus pédagogues et la réglementation obligeant à davantage mettre en avant les points essentiels du contrat, beaucoup reste encore à faire. « *Trop d'information tue l'information* » et de ce point de vue les législateurs et régulateurs doivent également s'interroger – j'ai écrit sur le sujet de « l'avalanche réglementaire » (3). Il est intéressant de voir de nouveaux acteurs de l'assurance, tant en France qu'aux États-Unis, s'exprimer – hors du contrat lui-même – dans un langage plus simple, plus vivant, s'appuyant par exemple sur des vidéos pédagogiques ou des exemples concrets.

Pendant la vie du contrat : le devoir de conseil doit continuer à s'exercer, que ce soit via le courtier, l'agent général ou l'assureur. L'assuré doit s'interroger sur ses nouveaux besoins au fil du temps mais on attend aussi de l'assureur et des différents intermédiaires un contact régulier pour s'enquérir de l'évolution de la situation de son assuré et poser la question de l'actualisation des valeurs assurées. On trouvera dans ce rapport une étude de cas sur le sujet (4).

(1) À retrouver sur le site de La Médiation de l'Assurance : mediationassurance.org/Point+de+vue

(2) Sauf circonstances exceptionnelles.

(3) Arnaud Chneiweiss, « L'avalanche réglementaire, l'exemple de l'assurance », Réalités industrielles, août 2018 ; Arnaud Chneiweiss, « Les assureurs face à l'avalanche réglementaire », Revue française des finances publiques, sept. 2017 ; Arnaud Chneiweiss et Maud Schnunt, « Compliance, une illusion dangereuse », Revue Risques, juin 2015.

(4) « Le devoir de conseil du courtier en cours d'exécution du contrat d'assurance », p. 43.

Lors du règlement du sinistre : de nombreux cas d'incompréhension existent. En voici quelques-uns que nous rencontrons souvent :

- ***Un désaccord avec l'évaluation faite par l'expert envoyé par l'entreprise d'assurance.***

  Rappelons à ce sujet que : 1) l'expert est indépendant ; 2) c'est une facilité qu'offre l'assureur d'envoyer un expert, mais si l'assuré est en désaccord avec cette première évaluation il lui appartient de diligenter une contre-expertise. Au besoin les deux experts auront à en désigner un troisième pour dégager une évaluation s'imposant aux parties.

  Dans les propositions de solution que j'exprime, j'utilise les seuls éléments d'expertise à disposition – et je n'ai certainement pas la prétention de les remettre en cause, que l'on parle de questions de santé ou de dégâts matériels ;

- ***Comment un assuré, reconnu invalide par la Sécurité sociale, peut-il ne pas l'être par son assureur ?*** C'est que derrière le même mot les définitions sont différentes, l'assureur ne faisant souvent jouer la garantie que lorsque l'assuré se trouve dans l'incapacité totale et définitive d'exercer une profession quelconque, ou que l'assistance d'une tierce personne pour les actes élémentaires de la vie quotidienne est nécessaire. Les contrats d'assurance doivent être très explicites sur les conditions nécessaires à la mise en place d'une rente invalidité ;

- ***Cette même logique est à l'œuvre en matière d'accident du travail.*** Tel que défini par le Code de la sécurité sociale, l'accident du travail n'exige notamment pas de conditions d'atteinte corporelle et d'extériorité, à la différence, en général, des contrats d'assurance garantissant des sinistres d'origine accidentelle.

Plus on aura été pédagogue au moment de la souscription et clair dans la rédaction du contrat d'assurance, plus on évitera ces incompréhensions au moment du sinistre, parfois fortement ressenties par les assurés comme une injustice.

LA PRATIQUE DE L'ÉQUITÉ

J'exprime mes avis « en droit et en **équité** ». C'est la chance que j'ai en tant que Médiateur, de pouvoir aller au-delà de la lecture stricte du contrat, quand nous estimons, avec l'équipe de LMA, que cela est nécessaire pour « *rétablir le juste* »(5). Voici deux exemples de propositions de solution « en équité », l'un en assurance de personnes, l'autre en assurance de biens :

- Une enseignante est agressée dans sa salle de classe. Elle n'est pas physiquement blessée mais, traumatisée, fait une dépression suite à cet évènement. En arrêt de travail, elle demande donc la prise en charge des échéances de son emprunt au titre de la garantie incapacité temporaire de travail. L'assureur refuse de l'indemniser, indiquant que les maladies psychiques sont exclues de sa garantie, le contrat ne couvrant que l'incapacité de travail résultant d'un accident corporel.

  Si l'assurée avait été physiquement blessée, son arrêt de travail aurait été pris en charge… J'ai considéré que la dépression était la conséquence d'un accident corporel – qui n'était d'ailleurs pas défini au contrat – et invité l'assureur à délivrer sa garantie ;

- En assurance automobile, un assuré dispose de la garantie bris de glace qui prévoit la réparation ou le remplacement de : « *votre pare-brise ; votre lunette arrière ; vos vitres latérales ; vos optiques […] ; votre toit ouvrant ou panoramique* ».

  L'assuré a retrouvé brisée la lunette arrière de son véhicule décapotable en stationnement. L'assureur accepte de mobiliser sa garantie pour remplacer cette lunette arrière. Il est établi par l'expert qu'auprès de ce constructeur automobile et pour ce type de modèle, le remplacement de la lunette arrière ne peut se faire indépendamment de celui de la capote entière. L'assureur refuse cette prise en charge globale car la capote du véhicule ne fait pas partie des éléments garantis au titre de la garantie bris de glace.

  J'ai constaté que l'assureur garantissait en toute connaissance de cause un véhicule décapotable, avec des primes d'assurance rehaussées pour ce type de véhicule. J'ai estimé que, dans la mesure où la vitre arrière du véhicule ne pouvait être réparée sans que la totalité de la capote soit remplacée, l'assuré ne pouvait être replacé dans la situation dans laquelle il se trouvait avant son sinistre sans que l'intégralité de la capote soit indemnisée par l'assureur.

Cette pratique de proposition de solution en équité a représenté 3,5 % des positions exprimées au premier semestre 2020. Elle restera toujours très minoritaire. Il s'agit du petit nombre de cas où je considère, avec l'équipe de LMA qui m'entoure, que la stricte application du contrat créerait dans la situation particulière qui nous est soumise une décision injuste, que j'invite à corriger dans un souci d'apaisement.

LES CLAUSES D'EXCLUSION

Le Code des assurances indique que les exclusions doivent, pour être valables, être formelles, limitées et mentionnées en caractères très apparents. Il y a rarement des soucis avec le caractère « *très apparent* » (impression en caractères gras se différenciant du reste du texte par exemple).

(5) 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 (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 2019, les propositions de solution ont été suivies par les assureurs dans 99 % des cas.

Par contre, les clauses d'exclusion sont parfois trop imprécises, et donc, non « *formelles et limitées* ». Voici deux exemples.

■ **Premier exemple :** Une entreprise de coupe de bois a souscrit un contrat d'assurance « Responsabilité et dommages environnement ». Des riverains l'attaquent pour divers préjudices, et notamment pour des troubles du voisinage à la suite de poussières dans leur propriété, de nuisances sonores ou encore de mauvaises odeurs.

L'affaire vient devant la cour d'appel locale, qui condamne l'entreprise pour « *préjudice né du trouble anormal de voisinage* » occasionné par l'activité. L'assuré sollicite la prise en charge de cette condamnation par l'assureur. Celui-ci refuse au motif que le contrat prévoit, dans ses exclusions générales, que ne sont jamais garanties : « *... les conséquences de tout sinistre causé par les conditions normales d'exploitation des sites ou d'exécution des activités de l'Assuré* ».

L'assuré conteste, avançant que « *les émissions de poussière ont eu lieu en période de grand vent* », « *les pollutions pour lesquelles nous avons été condamnés ne sont pas liées à des conditions normales d'exploitation* ». L'assureur répond que « *la coupe de bois entraîne inévitablement de la poussière susceptible de se propager par le vent* », et que « *ce risque est inhérent à votre activité* ».

Toutefois, aux termes de l'article L.113-1 du Code des assurances, si l'assureur est libre de stipuler des exclusions, c'est à la condition qu'elles soient formelles et limitées.

Or l'exclusion qui vise, sans autre précision, « *les conditions normales d'exploitation* », « *les normes en vigueur* », « *les prescriptions établies par les autorités administratives compétentes* », ne permet pas à l'assuré de savoir avec certitude ce qui est exclu de sa garantie.

Le débat entre assuré et assureur sur la signification des « *conditions normales d'exploitation* » en témoigne. Il y a deux appréhensions différentes d'une expression qui n'est pas suffisamment explicite pour être bien comprise et qui est sujette à interprétation, ce qui, aux termes de la jurisprudence, invalide la clause d'exclusion (Cass. 1re civ., 22 mai 2001, n°99-10849).

En conséquence, l'exclusion conventionnelle opposée n'étant pas formelle et limitée, elle doit être écartée, et c'est la position que j'ai prise.

■ **Second exemple :** Sur un bateau, le moteur tombe en panne. L'assureur refuse de prendre en charge les frais d'assistance car il estime, suite à un rapport d'expert, que la panne du moteur résulte d'un défaut d'entretien de la part de l'assuré.

Cependant, concernant la validité de la clause d'exclusion relative à l'« *usure normale, vétusté, défaut ou insuffisance d'entretien, vice propre* », rappelons que la Cour de cassation condamne, dans une jurisprudence constante (6), les clauses d'exclusion relatives au défaut d'entretien et de réparation qui, en l'absence de référence à des critères précis ou à des hypothèses limitativement énumérées, ne sont ni formelles, ni limitées au sens de l'article L.113-1 du Code des assurances.

J'ai donc invité l'assureur à délivrer sa garantie.

LES CLAUSES ABUSIVES

La Médiation est à la frontière du droit des assurances et du droit de la consommation. Voici deux exemples de clauses abusives.

■ **Premier exemple :** Peu de temps après ma prise de fonction, j'ai eu l'occasion de m'exprimer sur le cas du **vol sans effraction d'une automobile.** Pour que les choses soient claires, voici la garantie vol du contrat d'assurance en question :

« La garantie Vol
A - Étendue de la garantie
Ce qui est garanti :
Article 5.1 - le vol total du véhicule

❒ *la disparition du véhicule assuré et de ses accessoires par :*
- *soustraction frauduleuse (article 311-1 du Code pénal) ;*
- *menace ou violence à l'encontre de son propriétaire ou gardien ;*
- *obtention du véhicule par paiement avec un chèque volé ou un faux chèque de banque ;*
- *effraction d'un garage privatif, clos et fermé à clef ;*
- *vol des clés du véhicule assuré dans un local ou un bâtiment clos et fermé à clé ;*

❒ *si le véhicule est retrouvé :*
- *les détériorations du véhicule assuré et de ses accessoires s'il est prouvé qu'il y a eu forcement de la direction, détérioration des contacts électriques permettant la mise en route ou de tout système de protection antivol en état de fonctionnement ;*
- *les frais engagés, avec notre accord, pour la récupération du véhicule. »*

La première partie de la clause définit donc les vols garantis en listant les circonstances dans lesquelles le vol doit avoir été commis. On peut observer que la soustraction frauduleuse, soit le vol, n'est pas exigée avec effraction. Dès lors, dans cette clause de définition de la garantie, l'effraction n'est pas une condition de la garantie vol, contrairement à d'autres clauses pouvant exister chez d'autres assureurs.

La seconde partie de la clause envisage l'hypothèse du véhicule retrouvé et indique ce qui est garanti dans ce cas et à quelles conditions : les frais

(6) Il a ainsi été jugé, dans un arrêt du 5 février 2015, rendu par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, concernant une clause d'exclusion relative au défaut d'entretien, que « *cette clause d'exclusion de garantie ne se référant pas à des critères précis et à des hypothèses limitativement énumérées n'est pas formelle et limitée et ne peut ainsi recevoir application en raison de son imprécision* ».

engagés pour la récupération du véhicule, à condition d'avoir obtenu l'accord de l'assureur ; les détériorations du véhicule et de ses accessoires, à condition de prouver soit le forcement de la direction, soit la détérioration des contacts électriques..., soit la détérioration d'un système antivol.
La garantie n'est ici acquise que si la preuve de la cause des détériorations listées par la clause est rapportée. Or, dans la première partie de la clause il est prévu que la garantie vol s'applique à toute soustraction frauduleuse ; dans la seconde partie cette garantie disparaît si la preuve de certaines causes de détériorations du véhicule n'est pas rapportée, alors qu'en principe l'assuré devrait être libre de prouver la soustraction frauduleuse et les dommages qui en sont résulté.
C'est vraisemblablement cette configuration particulière de la clause, comme les termes employés par les rédacteurs du contrat (la preuve est visée), qui a conduit la cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 22 septembre 2015 à invalider cette clause en considérant que la « *clause est abusive en ce qu'elle réduit les moyens de preuve de l'effraction* ».
En outre, amputant la garantie vol d'une partie de sa substance à raison de circonstances concomitantes au sinistre, **la clause se rapproche davantage d'une exclusion que d'une condition de la garantie.**
Ainsi, « *la clause qui prive l'assuré du bénéfice de la garantie des risques de vol en considération de circonstances particulières de réalisation du risque s'analyse en une clause d'exclusion de garantie* » (7) .
Or, l'exclusion de garantie doit figurer en caractères très apparents dans le contrat (art. L.112-4 al. 3 du Code des assurances), ce qui n'est pas le cas de la clause précitée qui doit donc être écartée.
Enfin, il appartient à l'assureur de rapporter la preuve de la réunion des circonstances de l'exclusion. Faire reposer cette preuve sur l'assuré réalise une inversion de la charge de la preuve qui fait irréfragablement présumer le caractère abusif de la clause (art. R.212-1 du Code de la consommation (8)).

■ **Second exemple :** Dans un contrat d'assurance complémentaire santé, deux articles de la notice d'information disposent que le montant des cotisations dues au titre des options peut être majoré, à l'initiative de l'assureur, au 1er janvier de chaque année.
Ces articles prévoient différents facteurs d'évolutions du montant des cotisations, tels que le plafond annuel de la Sécurité sociale, les impôts, contributions et taxes auxquels le contrat est assujetti, les résultats techniques du périmètre de mutualisation considéré, ainsi que tout élément de nature à modifier le risque assuré.
Or, 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, au sens des dispositions des premier et quatrième alinéas de l'article L. 212-1 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* ».
Ainsi, en principe, dans le cadre d'un contrat individuel, l'assureur ne peut, sans recueillir l'accord préalable de l'assuré, modifier unilatéralement le montant de la prime, en particulier en usant de critères imprécis qui ne permettent pas à l'assuré de comprendre quel facteur d'évolution a provoqué l'augmentation de sa cotisation et dans quelle proportion.
S'il n'est bien sûr pas impossible que le contrat prévoie une clause de révision des cotisations, pour faire face notamment à la hausse de la sinistralité et à l'augmentation du risque, ce n'est qu'à la condition qu'elle offre à l'assuré la faculté de résilier son contrat dans un délai raisonnable à compter de l'information délivrée par l'assureur sur l'augmentation de la cotisation.
En l'occurrence, ni les dispositions précitées, ni l'avis d'échéance faisant état de la hausse du montant des cotisations ne prévoyaient cette faculté de résiliation. J'ai donc constaté que les clauses étaient abusives, de sorte que les modifications du montant des cotisations intervenues depuis la souscription du contrat d'assurance ne sauraient être opposables à l'assuré, et ai invité l'assureur à restituer l'intégralité des sommes indument prélevées.

LA BONNE FOI

Notre souci d'impartialité – qui se manifeste par le fait que les propositions de solution sont toujours étudiées par plusieurs personnes, deux pour les dossiers les plus simples, mais en général trois ou quatre – s'exerce également par le fait de **vérifier la bonne foi de l'assuré**. La Médiation est gratuite pour l'assuré, puisque le dispositif est financé par les Professionnels. Cela peut conduire certains à « tenter leur chance », bien que les conclusions des experts soient claires ou que la fausse déclaration intentionnelle sur leur état de santé au moment de la souscription d'une assurance emprunteur soit prouvée.

Nous faisons aussi, de temps à autre, face à des tentatives de fraude pour obtenir l'indemnisation d'un sinistre, parfois imaginaire. Si certains pensent que la Médiation sera plus naïve que leur assureur, qu'ils sachent que lors de l'instruction du dossier de médiation l'assureur nous transmet ses arguments et pièces utiles à notre compréhension du dossier, y compris, lorsqu'ils existent, des rapports parfois accablants, démontrant la tentative de fraude.

(7) Cass. 1re civ., 26 novembre 1996, n° 94-16058.

(8) *« 12° Imposer au consommateur la charge de la preuve, qui, en application du droit applicable, devrait incomber normalement à l'autre partie au contrat. »*

QUELQUES MOTS SUR NOTRE ACTUALITÉ POUR CONCLURE

D'abord pour dire que les équipes de LMA ont « tenu le choc » pendant le confinement du printemps 2020. Le télétravail a été généralisé pendant cette période si particulière, avec beaucoup d'engagement et de pragmatisme de la part de l'équipe, que je remercie d'avoir toujours à l'esprit 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.

J'ai pris mes fonctions fin mars 2020 dans cette période étrange de crise sanitaire et de travail à distance. Ma priorité, validée par le Conseil d'Administration de LMA fin mai et transmise aussitôt à la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation, est de réduire les délais de traitement.

Mon prédécesseur Philippe Baillot a posé les bases de LMA, de sa création en 2015 à la fin 2019. Il a veillé à la qualité des avis, aujourd'hui reconnue par toutes les parties prenantes. Nous avons maintenant le défi de maintenir naturellement cette qualité d'avis grâce aux compétences de l'équipe tout en réduisant nettement nos temps de réponse aux assurés.

Pour faire face aux 15 000 saisines par an que j'évoquais plus haut, et alors que la crise sanitaire peut nous faire penser que le volume des saisines va encore augmenter – l'augmentation est de 15 % à fin août 2020 par rapport à il y a un an –, nous devons mieux nous organiser :

- en réformant notre propre fonctionnement pour gagner en productivité tout en développant le télétravail ;
- par un dialogue constructif avec les assureurs pour récupérer plus rapidement les éléments des dossiers ;
- en développant fortement nos outils informatiques et la numérisation, pour permettre une relation plus fluide avec les assurés et les assureurs.

En accord avec le Conseil d'Administration, j'ai fixé des objectifs de réduction des délais de traitement d'ici la fin de l'année 2020, notamment réduire de deux mois les délais de réponse en moyenne afin de les ramener à dix mois.

Notre Médiation ne peut être utile que si elle est crédible auprès de toutes les parties prenantes (associations de consommateurs, assureurs, courtiers…). Cela signifie que ces dernières doivent avoir la conviction que nous avons examiné le dossier de façon **impartiale** – notre proposition de solution est le fruit du travail de plusieurs juristes qui ont examiné les éléments transmis par l'assuré et l'assureur et échangé sur le cas ; **indépendante** – personne n'influence notre position ; **compétente**, qu'il s'agisse de l'analyse du fonctionnement du contrat d'assurance ou des principes généraux du droit ; avec l'**empathi**e et la hauteur de vue nécessaires pour comprendre le contexte dans lequel le sinistre s'est produit ; et dans un **délai assez rapide.**

3 420 professionnels (assureurs, courtiers, agents généraux, gestionnaires de patrimoine…) nous font confiance aujourd'hui pour assurer leur Médiation. Ce nombre sans cesse croissant – marqué notamment à l'été 2020 par le fait qu'AGEA, la fédération nationale des syndicats d'agents généraux, nous rejoigne – est une belle marque de reconnaissance pour LMA.

Le fait que les saisines soient en hausse de 15 % d'une année à l'autre à fin août 2020 montre que les assurés placent également leur confiance dans notre capacité à exprimer une proposition de solution impartiale.

Nous ferons tout pour mériter cette confiance des uns et des autres, notamment par des réponses plus rapides.

Je mentionne enfin que de nouveaux types de dossiers commencent à nous arriver suite à la crise sanitaire, liés aux annulations de voyage et aux pertes d'exploitation. Ce seront de nouvelles occasions d'exercer l'art difficile de la Médiation.

Deux derniers mots, plus personnels. Le premier pour remercier publiquement le Conseil d'Administration de LMA – et en particulier sa Présidente Corinne Dromer – de la confiance exprimée en proposant en mars dernier à la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation que je devienne le Médiateur de l'Assurance.

Le second pour dire aux équipes de LMA qu'elles ont du talent, du potentiel, qu'elles ont montré pendant la crise sanitaire leur solidarité pour continuer à servir les assurés. Nous allons bâtir sur cela pour construire une organisation encore plus performante.

Bonne lecture des études de cas qui suivent, que vous pouvez partager ! ■

1

LA PROCÉDURE DE MÉDIATION

SCHÉMA DE SAISINE

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.

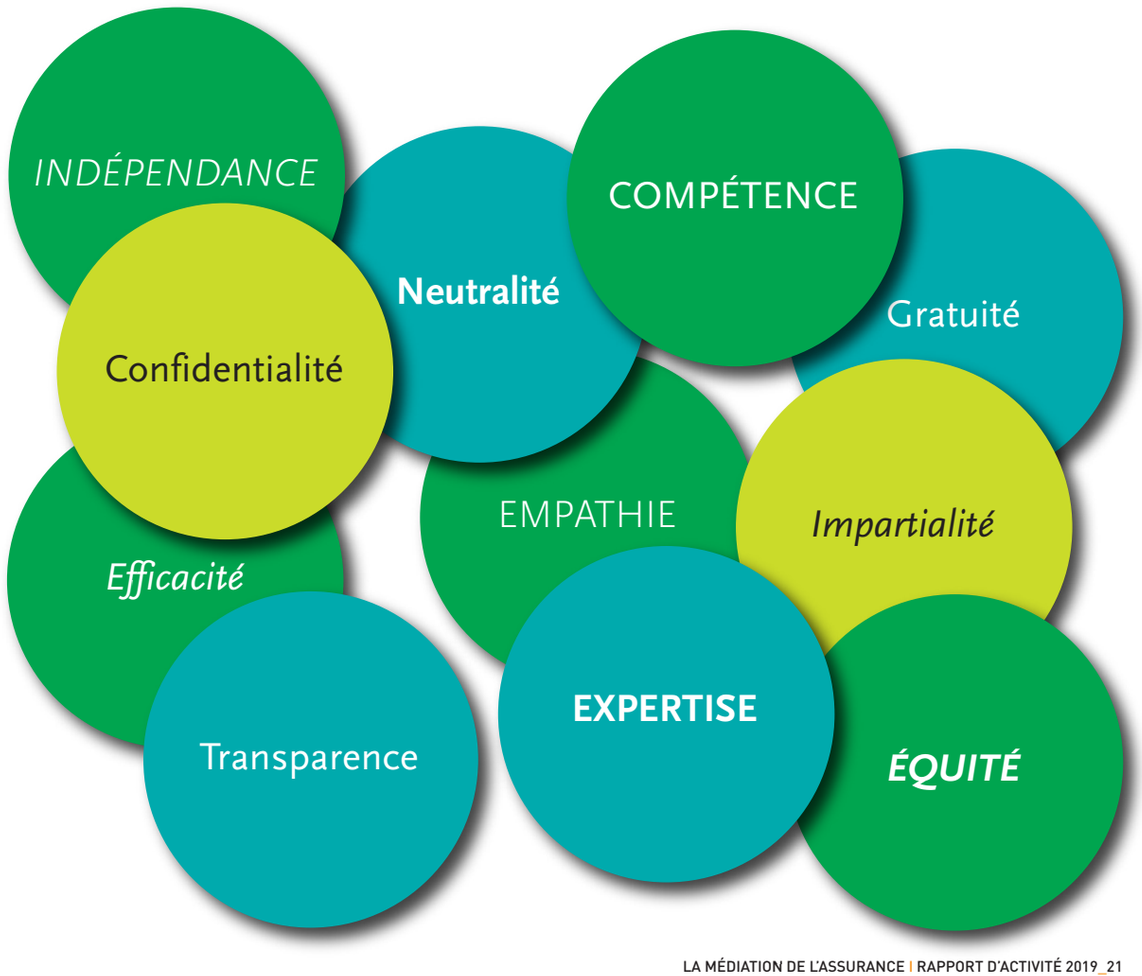
COMMENT SAISIR LE MÉDIATEUR ?

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.

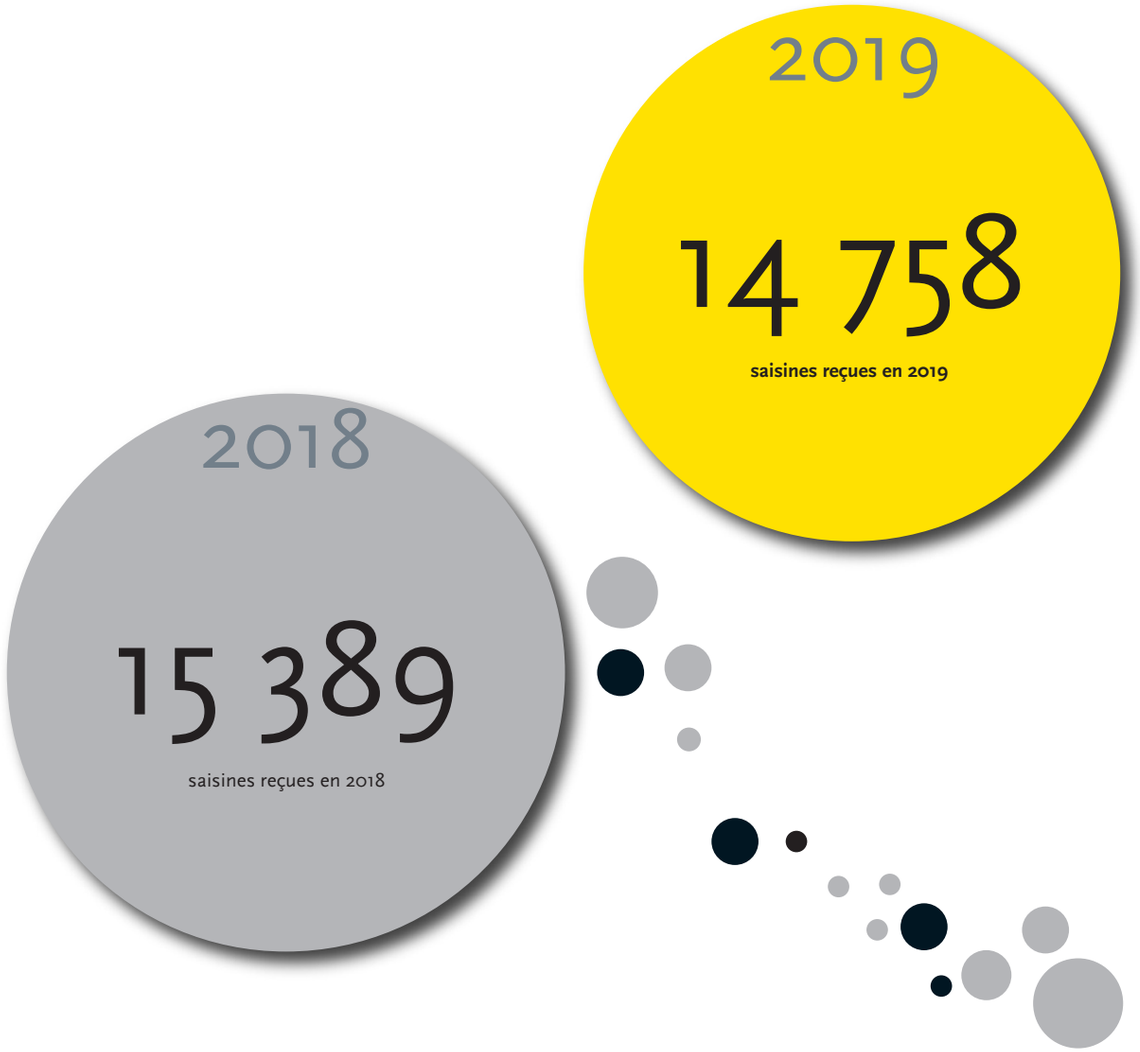


2

LA MÉDIATION EN QUELQUES CHIFFRES

LES SAISINES REÇUES EN 2019

En 2019, La Médiation de l'Assurance a été saisie de 14 758 litiges (-4 % par rapport à 2018). Cette légère diminution n'est pas significative puisqu'à fin août 2020, le nombre de saisines est en hausse de 15 % sur un an.

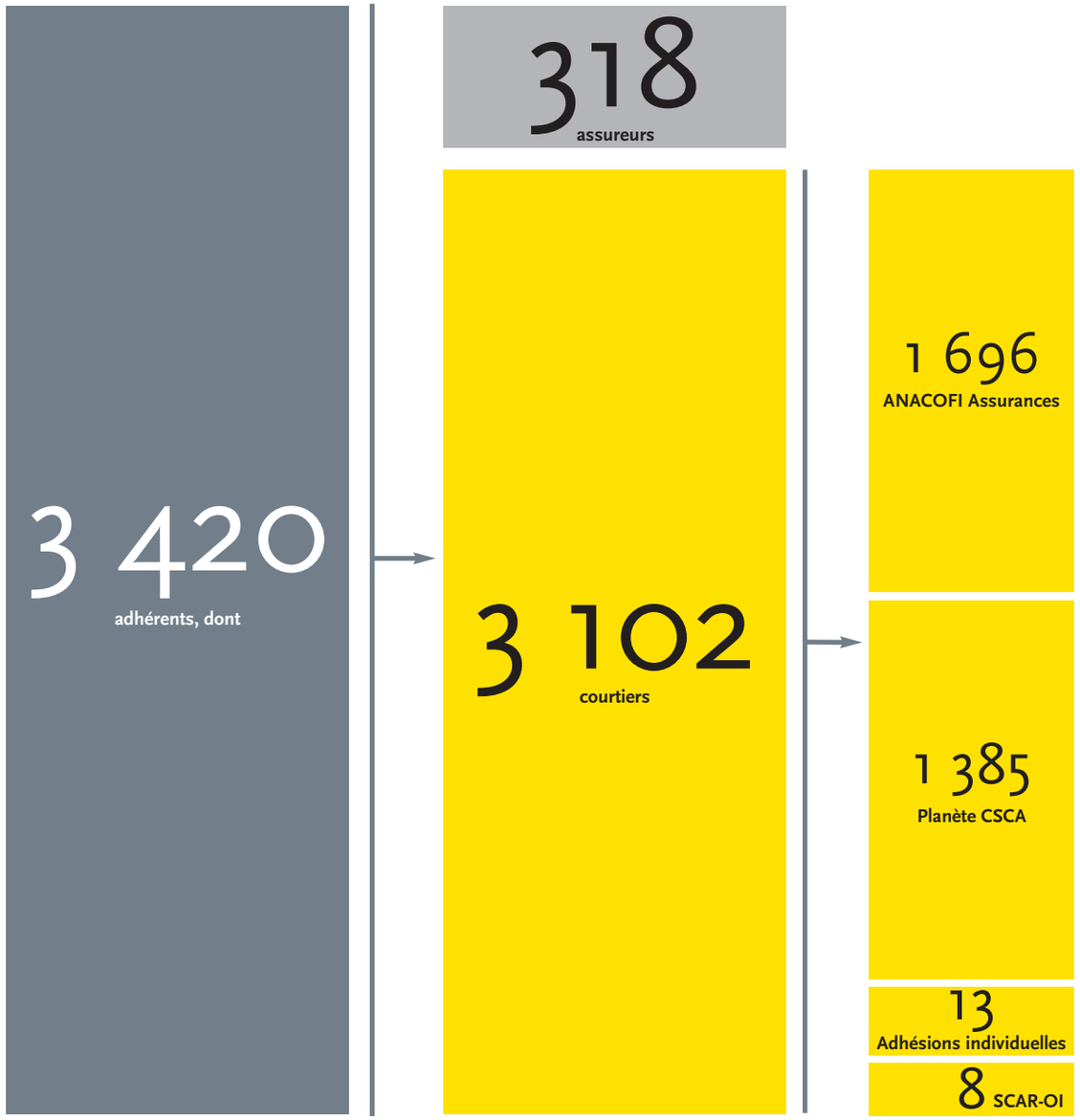


LES ADHÉRENTS DE LMA

Depuis 2015, La Médiation de l'Assurance regroupe 318 entreprises d'assurance établies en France mais aussi les établissements français de quelques sociétés étrangères ainsi que les courtiers adhérents à l'Anacofi-Assurances, Planète-CSCA et la SCAR-OI. La Médiation de l'Assurance compte également parmi ses membres 13 courtiers ayant sollicité une adhésion individuelle.

Ce sont donc au total 3 420 entreprises ou intermédiaires d'assurance qui ont choisi La Médiation de l'Assurance comme système de médiation proposé à leurs clients.

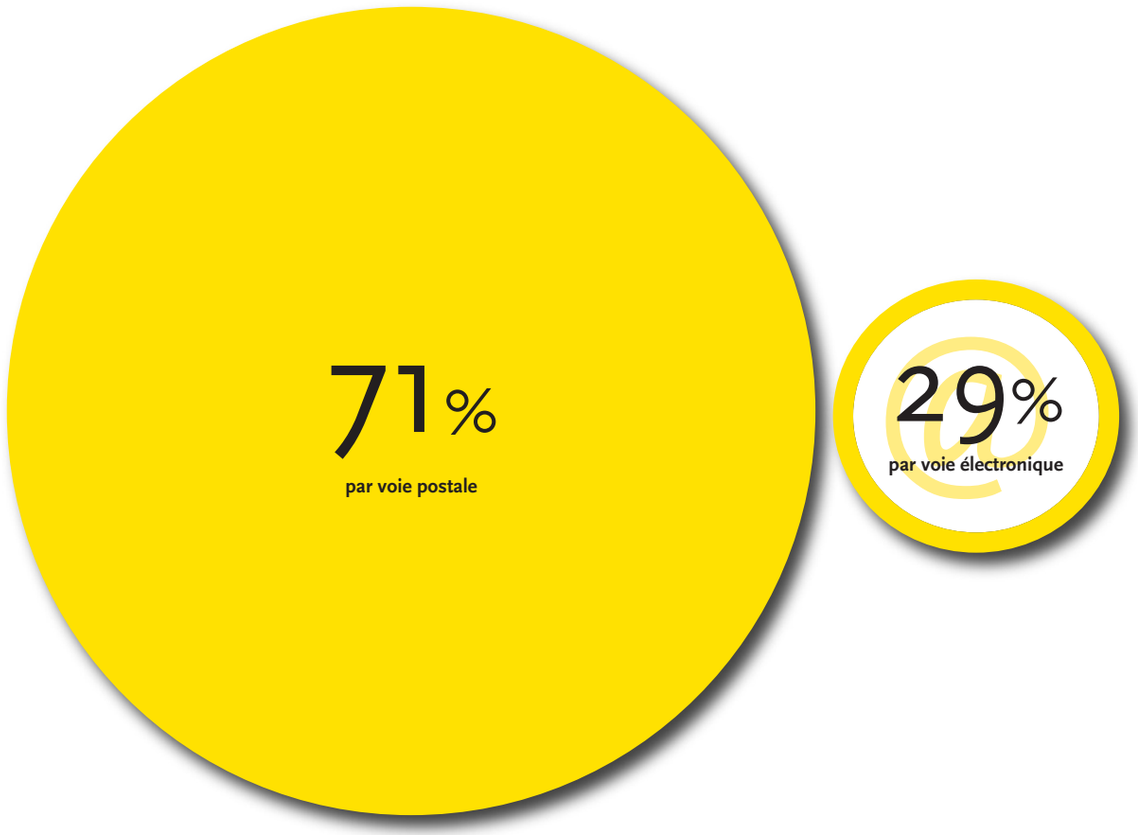
Il a été annoncé à l'été 2020 que l'ensemble des agents généraux adhérents d'Agéa abandonnent leur système de médiation pour rejoindre La Médiation de l'Assurance.



LES MODES DE SAISINE

La majorité des saisines est adressée à La Médiation de l'Assurance par la voie traditionnelle qu'est la voie postale.

Tout particulièrement dans le contexte actuel, nous encourageons les assurés à nous saisir via notre site internet (mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur). La procédure électronique permet de mieux cerner le litige.

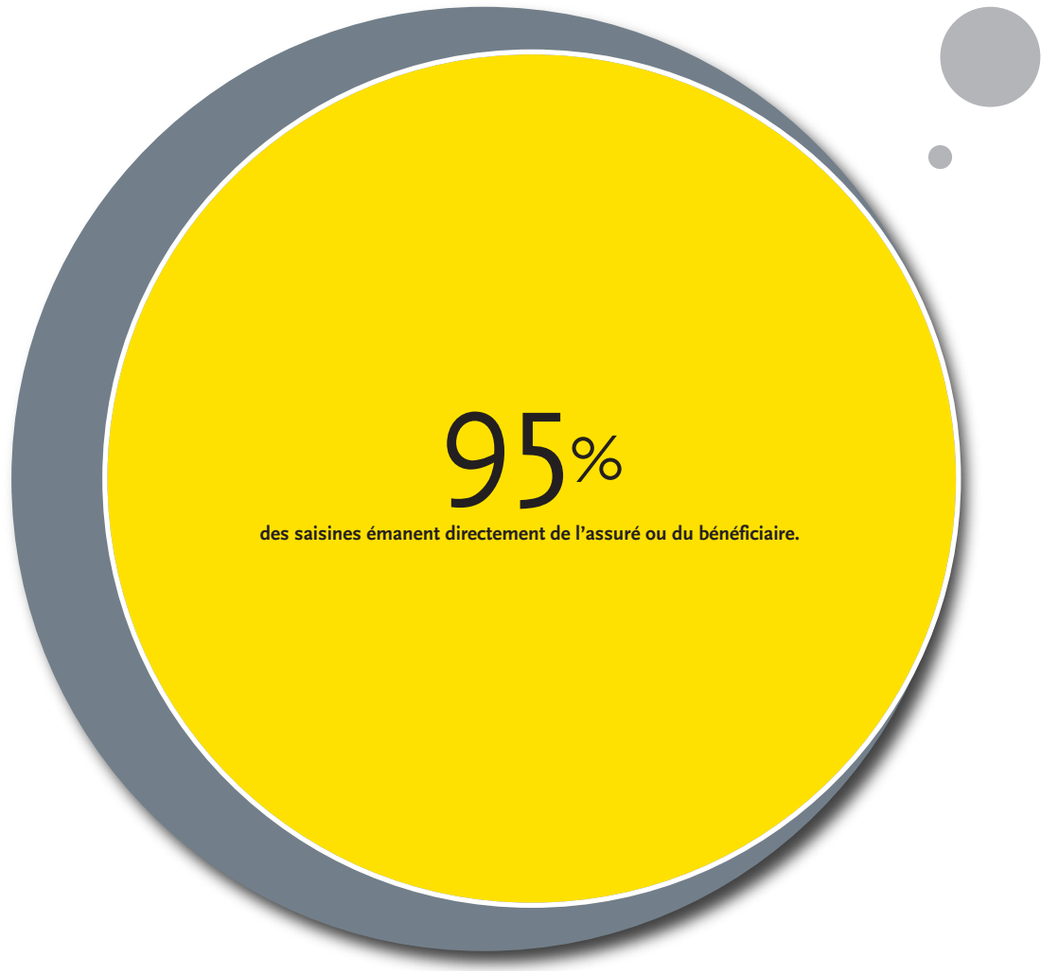


LA PROVENANCE DES DEMANDES

Dans 95 % des cas, la saisine émane directement de l'assuré ou du bénéficiaire.

Les demandes provenant d'avocats et de tiers restent marginales.

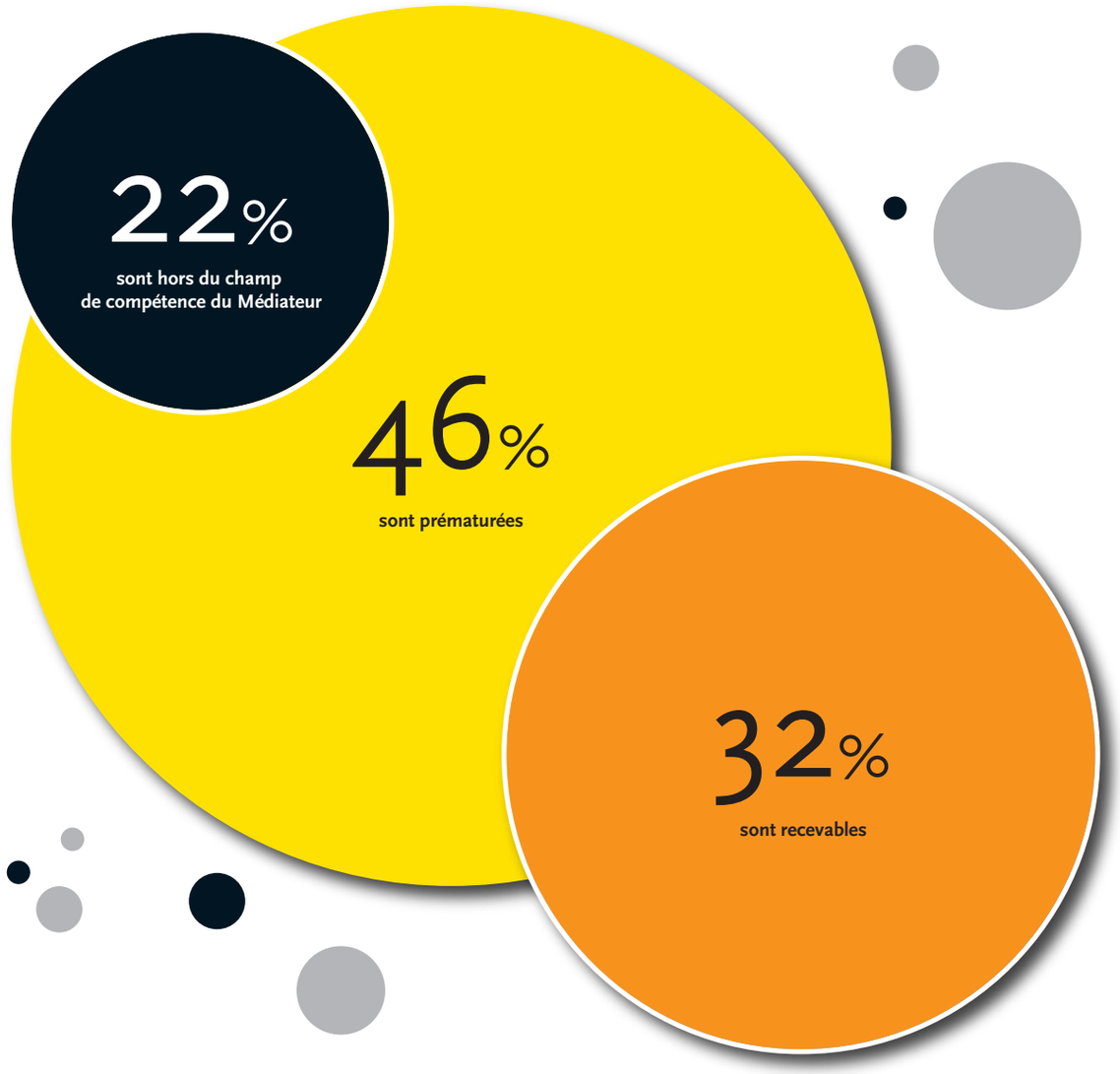
Les saisines par les associations de consommateurs sont à encourager car leur connaissance des règles de la médiation de la consommation et du droit rend ces demandes plus complètes et argumentées, ce qui permet de cerner plus efficacement le litige.



LE STATUT DES SAISINES

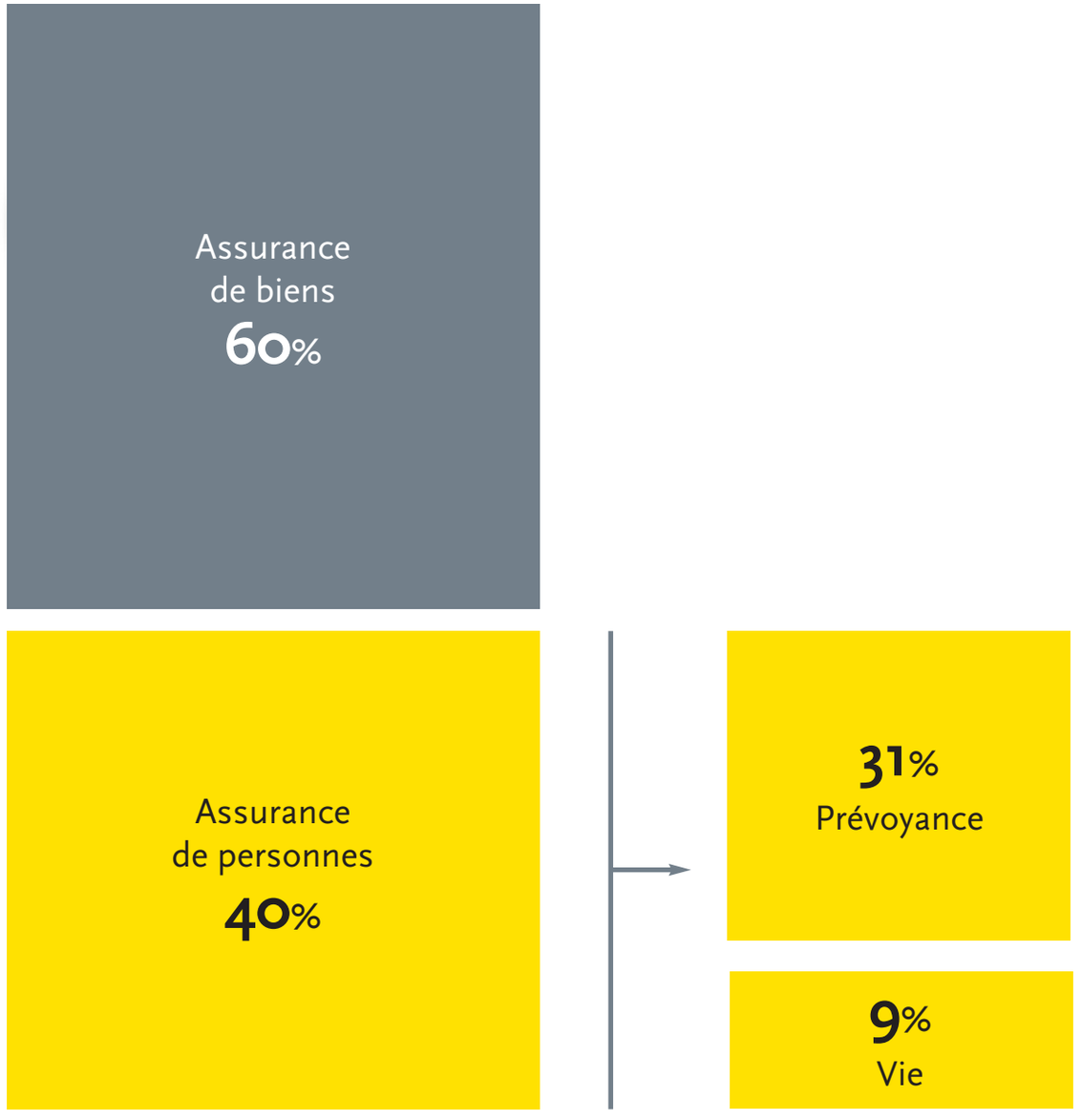
La proportion des saisines prématurées reste encore trop importante et impose une meilleure pédagogie de la part de l'ensemble des acteurs de la chaîne sur le respect des procédures de réclamation mises en place par le professionnel et figurant généralement dans les conditions générales des contrats.

Le consommateur saisit encore trop souvent le Médiateur trop tôt, c'est-à-dire avant d'avoir tenté de résoudre son litige avec le service Réclamations de l'assureur.



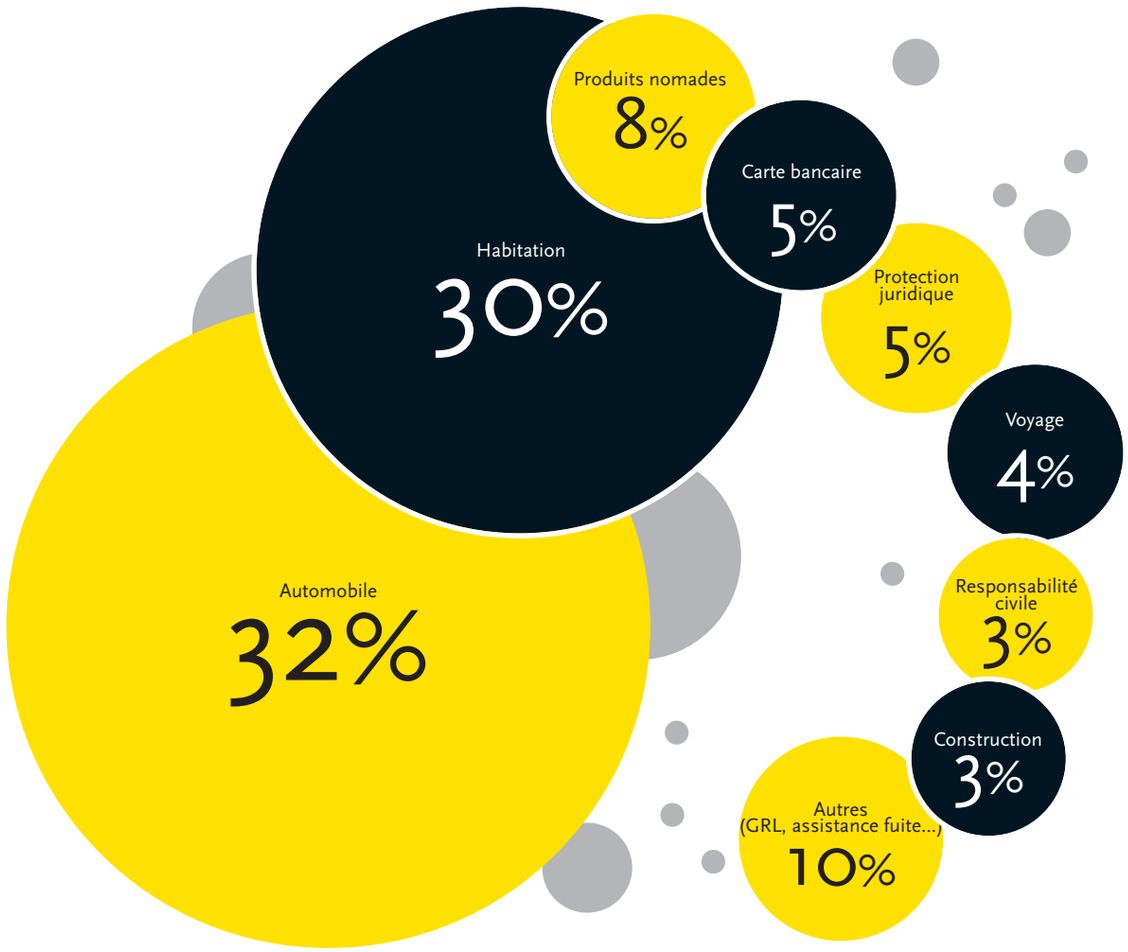
LA RÉPARTITION DES SAISINES

Les litiges en assurance de biens et responsabilité continuent de représenter la majorité des saisines. Cette répartition est identique à celle de 2018.



LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

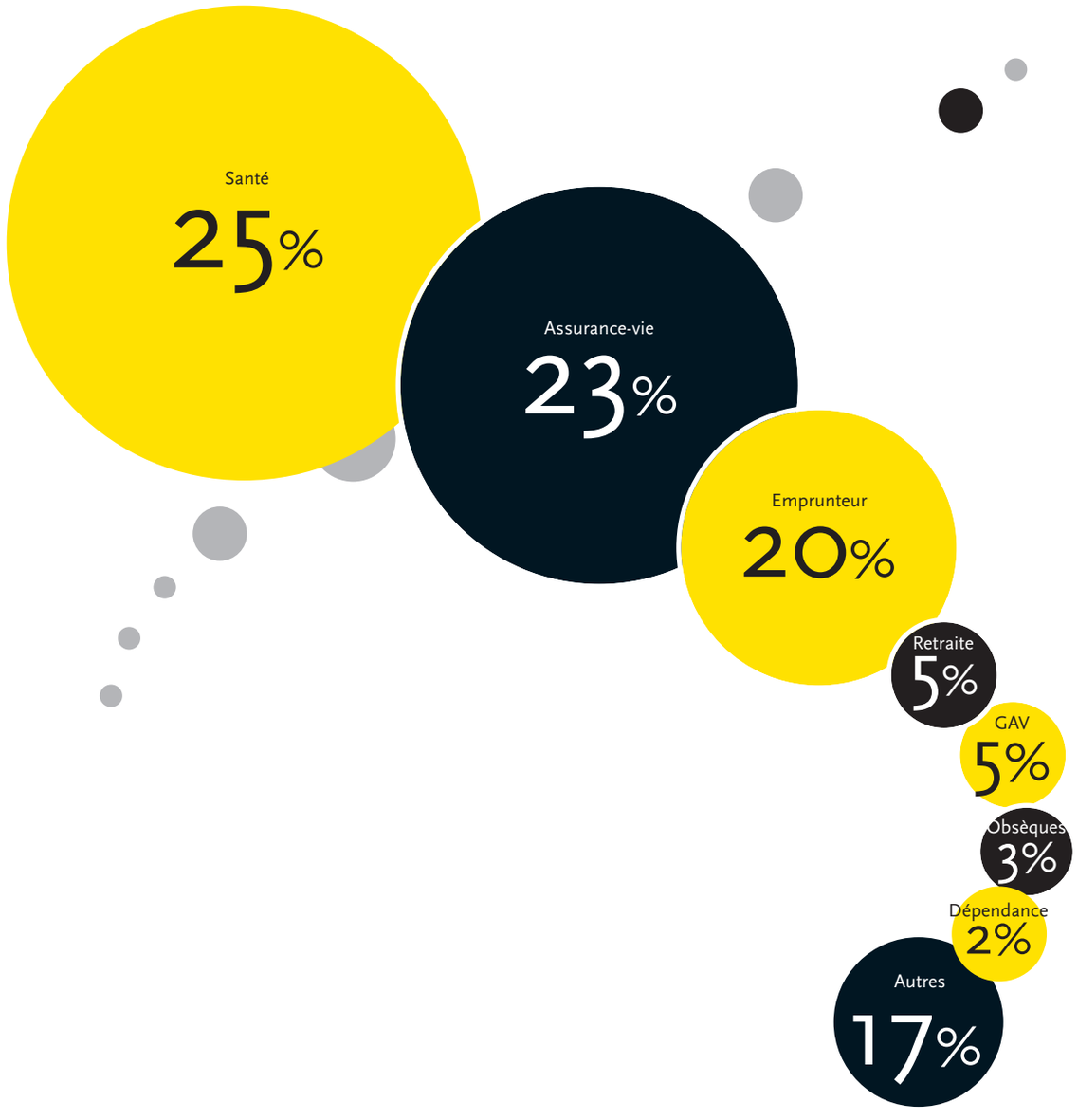
Une part considérable des demandes d'intervention porte sur les contrats Automobile et Habitation, représentant à eux seuls près des deux tiers des dossiers en assurance de biens et responsabilité.



LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

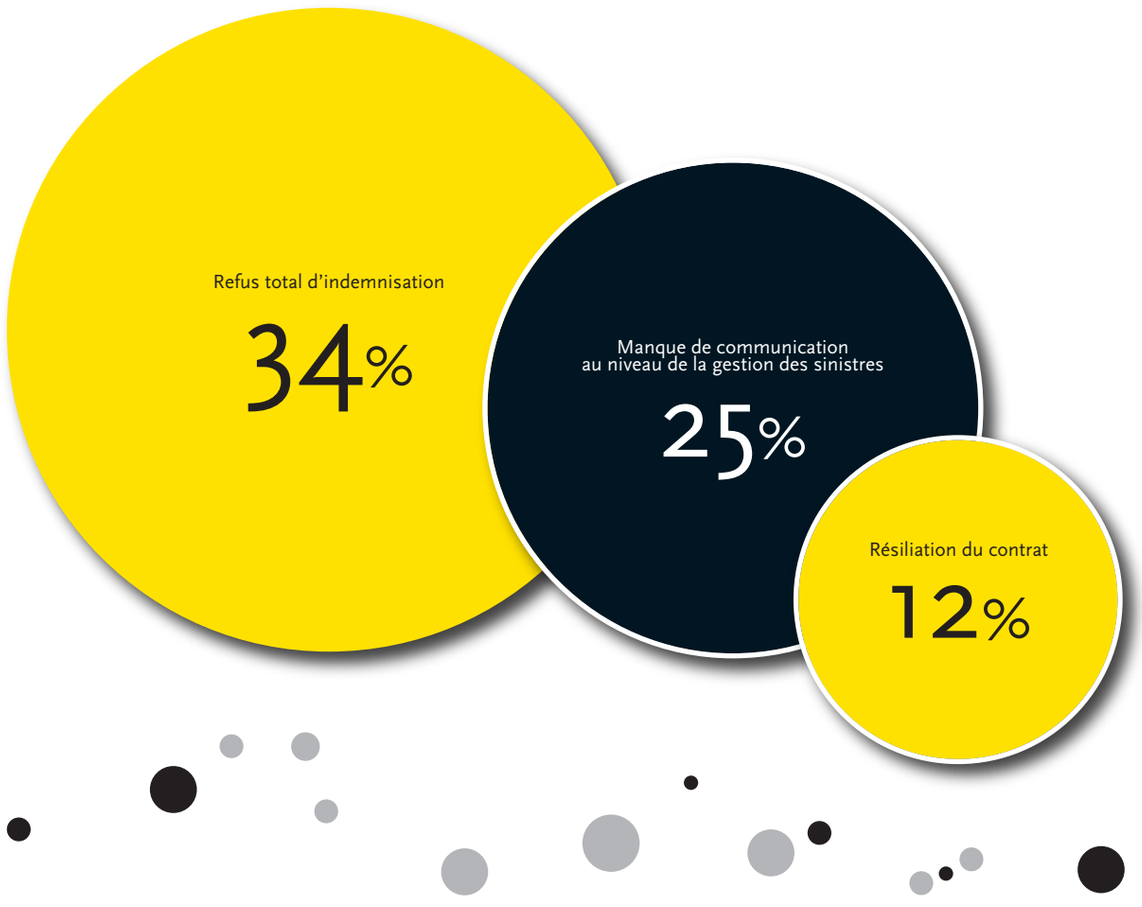
Les contestations sur les contrats d'assurance de personnes concernent deux secteurs essentiels, celui des contrats Santé avec des difficultés de souscription et de compréhension et l'assurance-vie concernant l'application des clauses bénéficiaires.

Il existe aussi beaucoup d'incompréhension et de contestation à propos de la mise en œuvre des garanties incapacité temporaire de travail, et invalidité.



LES MOTIFS DES LITIGES

Les motifs principaux invoqués par le consommateur sont :

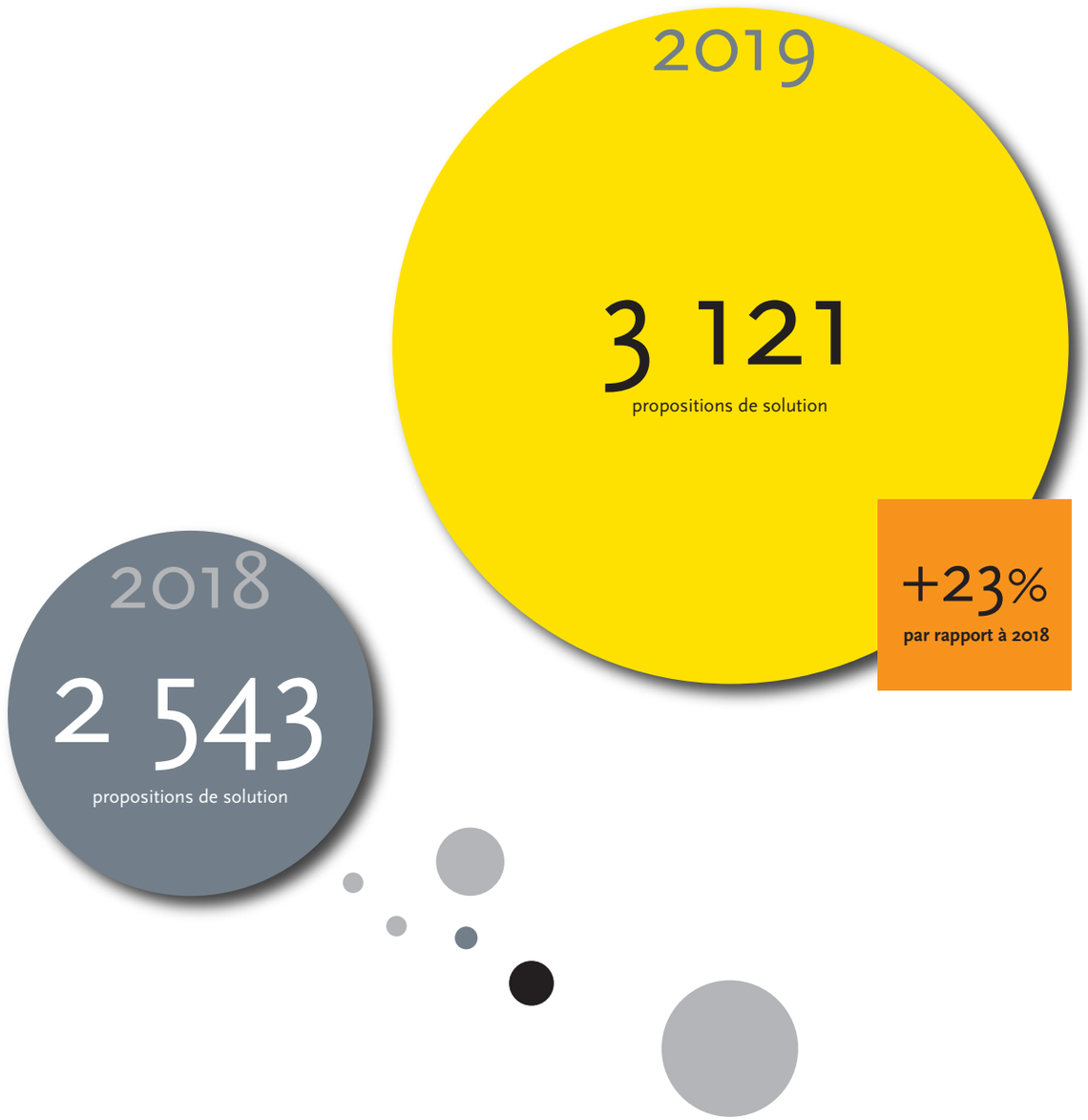


LES DOSSIERS RÉSOLUS

La Médiation de l'Assurance a exprimé 3 121 propositions de solution en 2019, soit une **augmentation de 23 % par rapport à 2018.**

À ces propositions, il convient d'ajouter les 437 règlements amiables intervenus en cours de procédure avant que La Médiation de l'Assurance n'émette une proposition de solution.

20 dossiers ont été interrompus par suite d'une procédure judiciaire engagée en cours de médiation par une des parties au litige et 648 médiations engagées ont été clôturées en raison d'absence d'informations et abandon de la procédure par le réclamant.



LA NATURE DES SOLUTIONS

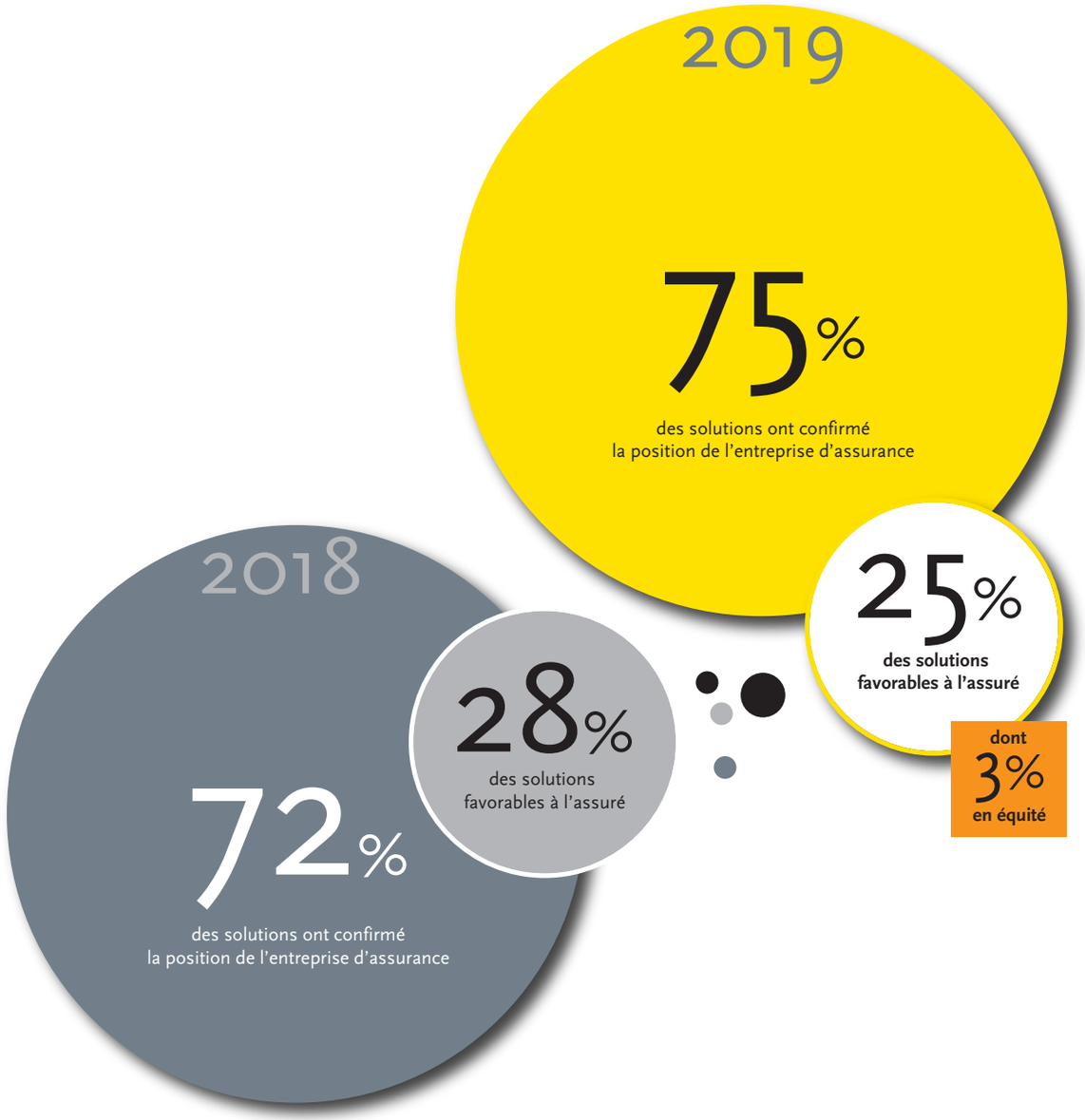
Une proposition de solution est émise après étude de l'ensemble des pièces et des arguments communiqués par les parties . Il s'agit d'une procédure écrite. En 2019 :

- 75 % des solutions ont confirmé la position de l'entreprise d'assurance.
- 25 % des solutions ont été favorables à l'assuré, dont **3% ont été rendues en équité.**

Lorsque La Médiation de l'Assurance propose une solution différente de celle émise par le professionnel, ce dernier est invité à faire connaître son accord sur la mise en œuvre de la proposition émise. Dans 99 % des cas, la solution émise par le Médiateur est suivie par le professionnel.

Les problématiques d'assurance peuvent être complexes, sur le plan des faits et du droit. Nous devons cependant parvenir à fournir des réponses assez rapides aux assurés, ce qui est la philosophie de la procédure de Médiation.

Notre priorité est de réduire nettement nos délais de réponse, en améliorant nos outils informatiques et notre organisation.



3

ETUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

Étude réalisée par Laura Beauvais et Sandrine Perrotel

LA RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Tant l'assureur que l'assuré peuvent mettre fin au contrat d'assurance. Les facultés de résiliation diffèrent toutefois selon le motif ou la partie qui en prend l'initiative et sont strictement encadrées par le Code des assurances.



En 2019, le Médiateur a régulièrement été saisi de litiges relatifs à trois différents cas de résiliation du contrat d'assurance : la résiliation infra-annuelle, la résiliation à l'échéance du contrat et enfin la résiliation pour non-paiement des primes.

LA RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE

L'article 113-15-2 du Code des assurances, créé par la loi n°2014-344 du 17 mars 2014, offre aux assurés une faculté de résiliation à tout moment après expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription.

Cette faculté de résiliation infra-annuelle ne concerne toutefois que les contrats d'assurance tacitement reconductibles et ne peut être mise en œuvre que pour certains contrats d'assurance, à savoir l'assurance automobile, l'assurance multirisques habitation, les assurances affinitaires d'un bien ou d'un service et, depuis la loi n°2019-733 du 14 juillet 2019, les contrats d'assurance complémentaire santé*.

Cette faculté de résiliation doit être rappelée dans le contrat et avec chaque avis d'échéance de prime. La demande de résiliation doit être adressée par le souscripteur à l'assureur par lettre ou tout autre support durable. Elle prend effet un mois après sa notification à l'assureur.

Par exception, pour l'assurance responsabilité civile automobile (C. assur., art. L.211-1), l'assurance des risques locatifs (L., 6 juill. 1989, n°89-462, art. 7) et les contrats d'assurance complémentaire santé (L., 14 juill. 2019, n°2019-733), il appartient au nouvel assureur d'effectuer ces formalités et de s'assurer de la continuité de la couverture de l'assuré pendant la procédure de résiliation.

Dans un litige soumis au Médiateur, un assuré avait souscrit un contrat d'assurance automobile auprès d'un assureur et avait, dans le même temps, sollicité de ce dernier la résiliation du contrat précédemment souscrit auprès d'un autre organisme assureur.

Son nouvel assureur n'ayant jamais expédié le courrier de résiliation, l'ancien contrat d'assurance demeurait toujours en vigueur. L'ancien assureur avait donc réclamé à l'assuré le paiement des primes dues.

Le Médiateur a considéré que le nouvel assureur avait manqué à son obligation légale en ne sollicitant pas la résiliation de l'ancien contrat d'assurance automobile, conformément à l'article L.113-15-2 du Code des assurances. Ce manquement avait entraîné un préjudice financier certain pour l'assuré, tenu d'acquitter des cotisations au titre de deux contrats d'assurance. **Le Médiateur a alors invité le nouvel assureur à verser une indemnité à l'assuré en réparation de ce préjudice.**

Le nouvel assureur sollicité par un assuré souhaitant souscrire auprès de lui un contrat d'assurance automobile, des risques locatifs ou de complémentaire santé doit veiller à procéder à la résiliation de l'ancien contrat souscrit par l'assuré auprès d'un précédent assureur.

À défaut, il risque de causer un préjudice financier important à l'assuré, qui serait alors tenu d'acquitter des cotisations au titre de deux contrats d'assurance.

* Pour ces contrats, la faculté de résiliation n'est ouverte qu'à compter du 1er décembre 2020 au plus tard.

LA RÉSILIATION À ÉCHÉANCE

Conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances, tant l'assureur que l'assuré ont le droit de résilier le contrat d'assurance, à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la souscription, en envoyant une lettre recommandée au moins deux mois avant la date d'échéance du contrat. Le contrat peut toutefois prévoir des règles dérogatoires lorsqu'il a pour objet la couverture des risques autres que ceux des particuliers.

Lorsque la résiliation émane de l'assureur, elle doit être motivée, sauf lorsque le contrat couvrait une personne physique dans le cadre de son activité professionnelle.

En l'occurrence, un assuré a saisi le Médiateur pour contester la résiliation de ses deux contrats couvrant son activité professionnelle, en faisant valoir que l'assureur ne l'avait pas informé des motifs justifiant la résiliation et qu'il n'avait pas envoyé le courrier de résiliation par lettre recommandée avec accusé de réception.

En l'espèce, les contrats rappelaient, dans une rubrique dédiée au fonctionnement du contrat, les modalités de résiliation à l'échéance annuelle, telles que prévues par l'article L.113-12 du Code des assurances.

L'assureur avait adressé une lettre recommandée de résiliation deux mois avant la date d'échéance, rappelant que les dispositions légales n'exigeaient pas d'accusé de réception.

Aussi, les contrats souscrits ayant pour objet la couverture de risques professionnels, l'assureur n'était pas tenu d'indiquer les motifs de résiliation à son assuré. **Le Médiateur a ainsi confirmé que la résiliation de ces contrats était valable.**

LA RÉSILIATION POUR DÉFAUT DE PAIEMENT

L'article L.113-3 du Code des assurances prévoit que l'assureur peut procéder à la résiliation du contrat en cas de défaut de paiement des primes

./...



Le Médiateur conseille aux assureurs, lors de la souscription du contrat, de faire concorder sa date d'échéance avec sa date de prise d'effet, afin de faciliter, pour les deux parties, la résiliation à l'échéance annuelle du contrat. En effet, une résiliation à la date d'échéance ne sera possible que si le contrat a pris effet il y a, au minimum, un an.

LA RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

par l'assuré. Cette faculté de résiliation ne concerne que les contrats d'assurance non-vie (contrats d'assurance de biens, contrats frais de santé ...) ou mixtes (comportant des garanties vie et non vie).

En cas de non-paiement de la prime, l'assureur est en droit de suspendre les garanties trente jours après l'envoi d'une lettre de mise en demeure et de procéder à la résiliation du contrat dix jours après l'expiration de ce délai.

L'assureur qui souhaite résilier le contrat pour défaut de paiement doit, à l'expiration d'un délai de dix jours suivant l'absence de paiement, adresser une mise en demeure à l'assuré. La réception de cette mise en demeure fait courir un délai de trente jours, au terme duquel l'assureur pourra suspendre les garanties si l'assuré ne régularise pas le paiement. Si dix jours supplémentaires s'écoulent sans que l'assuré ait acquitté ses cotisations, l'assureur peut résilier le contrat.

Rappelons que la résiliation du contrat n'efface pas la dette de l'assuré, qui demeure tenu d'acquitter les cotisations dues jusqu'à la date de résiliation.

La résiliation pour non-paiement des primes ne libère pas l'assuré de son obligation de régler sa prime pour la période précédant la prise d'effet de la résiliation.

L'assureur peut également, par le biais d'une clause pénale insérée au contrat, mettre à la charge de l'assuré le paiement d'une indemnité de résiliation, afin de sanctionner le manquement à son obligation de paiement.

L'assureur peut également, par une clause pénale insérée au contrat, imposer à l'assuré le paiement de la cotisation pour l'intégralité de la période de garantie.

À plusieurs reprises au cours de l'année 2019, le Médiateur a été saisi par des assurés souhaitant contester la résiliation de leur contrat ainsi que le paiement d'une indemnité de résiliation réclamée par leur assureur.

Dans l'un des dossiers soumis au Médiateur, l'assureur avait, après résiliation du contrat pour non-paiement des primes, sollicité auprès de l'assuré le paiement de l'intégralité des cotisations pour la période annuelle. Sur ce point, les conditions générales du contrat précisaient qu'en cas de résiliation pour non-paiement des cotisations l'assuré demeurerait tenu de payer les primes dues pour toute la période de garantie en cours. **Ainsi, le Médiateur a considéré que l'assureur était en droit de réclamer à l'assuré le paiement de l'intégralité de la cotisation annuelle.** ●

ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

3.A/ LE CONTRAT

Étude réalisée par Kelly Leitao

MÊME LORS D'UNE SOUSCRIPTION EN LIGNE, L'ASSUREUR DOIT FOURNIR UN SUPPORT DURABLE D'INFORMATION

La conclusion d'un contrat d'assurance en ligne, simultanément à l'achat d'un service, soulève des interrogations quant à la preuve de la remise des documents contractuels à l'assuré. En effet, dans un but de protection des assurés, le Code des assurances impose à l'assureur de fournir, avant la formation du contrat, une notice d'information précisant notamment les conditions et exclusions de garantie. Comment cette preuve s'aménage-t-elle dans le cadre d'une souscription ou d'une adhésion en ligne ?



Dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance en ligne, les entreprises d'assurance doivent veiller à communiquer préalablement aux assurés les dispositions contractuelles soit par écrit, soit sur un autre support durable au sens du Code des assurances et de la jurisprudence communautaire, ce qui exclut notamment toute possibilité de modification après leur transmission au consommateur.

Le cas d'espèce soumis à l'appréciation du Médiateur concernait un assuré ayant adhéré à un contrat d'assurance lors de la réservation de son billet de train en ligne, afin de garantir une éventuelle annulation. Contraint d'annuler son voyage en raison d'un événement indépendant de sa volonté, l'assuré a déclaré le sinistre auprès de son assureur. Ce dernier a refusé toute prise en charge au motif que l'événement à l'origine de l'annulation ne correspondait à aucune situation garantie au titre du contrat.

L'adhérent a toutefois indiqué à l'assureur ne pas avoir eu connaissance des dispositions contractuelles au moment de l'adhésion, arguant ainsi que celles-ci ne pouvaient lui être opposées.

En pratique, il a été constaté que lors de l'adhésion en ligne, l'assuré a cliqué sur une case par laquelle il a reconnu avoir pris connaissance des conditions générales. Ces dernières lui ont été adressées par courriel sous forme de lien hypertexte quelques jours après son adhésion.

Or, conformément aux dispositions de l'article L.222-6 du Code de la consommation, les informations contractuelles doivent être communiquées en temps utile et avant tout engagement du candidat à l'assurance, par écrit ou sur tout autre support durable à disposition.

Au cas présent, outre le fait que le lien hypertexte avait été adressé à l'assuré postérieurement à son adhésion, il s'agissait de déterminer si la page du site internet à laquelle renvoyait ledit lien pouvait constituer un support durable.

La notion de support durable est définie à l'article L.111-9 du Code des assurances comme « *tout instrument offrant la possibilité à l'assuré, à l'assureur, à l'intermédiaire ou au souscripteur d'un contrat d'assurance de groupe de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement, afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées* ».

À ce titre, la Cour de Justice de l'Union Européenne, dans une décision rendue le 5 juillet 2012, a considéré que le site internet d'un professionnel, accessible par un lien hypertexte sur lequel le consommateur devait cliquer, ne constituait pas un support durable. Dans une telle hypothèse, les conditions générales du contrat ne sont donc pas opposables à l'assuré, sauf à ce qu'elles aient été portées à sa connaissance par un autre support répondant à l'exigence de durabilité.

Sur ce point, il est à noter que les juges européens veillent au respect des critères de stabilité, de lisibilité et d'inaltérabilité qui caractérisent un support durable. Lorsque la documentation contractuelle est transmise à l'assuré par courrier électronique, il est donc nécessaire que celle-ci ne soit plus accessible à l'assureur par la suite. Or, un site internet échappe le plus souvent au contrôle du consommateur, à moins qu'il permette le stockage et la consultation pérenne des informations, et garantisse leur absence de modification ultérieure par le professionnel.

En conséquence, le Médiateur a retenu, conformément à la jurisprudence communautaire, l'inopposabilité des conditions générales à l'adhérent, de sorte que l'entreprise d'assurance a été invitée à prendre en charge le remboursement des frais d'annulation. ●



Dans une optique de protection des consommateurs, le Médiateur vérifie que le support de transmission des informations relatives à un contrat conclu à distance réponde à l'exigence légale de durabilité, offrant à l'assuré des garanties équivalentes à celles d'un support papier.

En cas de non-respect de cette exigence, le Médiateur retiendra la solution classique en matière de manquement du professionnel à son obligation d'information, à savoir l'inopposabilité des restrictions non portées à la connaissance de l'assuré lors de la conclusion du contrat d'assurance.

Étude réalisée par Gwladys Da Silva

LE DEVOIR DE CONSEIL DE L'AGENT GÉNÉRAL

L'intermédiaire d'assurance est tenu d'un devoir de conseil à l'égard du souscripteur. En cas de litige sur ce point, le Médiateur se fonde sur un faisceau d'indices pour apprécier le respect de cette obligation par le professionnel de l'assurance.



Si l'intermédiaire est tenu d'une obligation de conseil à l'égard du souscripteur, ce dernier doit toutefois faire preuve de diligence lors de la conclusion de son contrat d'assurance.

En effet, une telle obligation pesant sur l'intermédiaire ne dispense pas l'assuré de vérifier avec attention l'étendue de ses garanties.

Il est de jurisprudence constante que l'intermédiaire d'assurance est débiteur d'un devoir de conseil à l'égard du souscripteur. À ce titre, il est tenu de fournir une information adaptée à la situation personnelle du souscripteur et d'orienter son choix au mieux de ses intérêts.

Depuis la loi n°2005-1564 du 15 décembre 2005, cette obligation a été retranscrite au sein du Code des assurances, qui impose par ailleurs à l'intermédiaire d'assurance de préciser par écrit les besoins et exigences du souscripteur.

En présence d'une contestation de la part du preneur d'assurance, il appartient à l'intermédiaire de démontrer qu'il a bien exécuté son devoir de conseil.

À la suite d'inondations sur son terrain de golf, un assuré avait sollicité la mise en œuvre de son contrat d'assurance habitation. Face au refus de son assureur, il avait contesté l'exécution du devoir de conseil par son agent général, ce dernier ne l'ayant pas informé de l'absence de couverture des terrains. L'assuré indiquait notamment que l'agent général s'était déplacé sur sa propriété et qu'il ne pouvait, de ce fait, ignorer l'existence d'un terrain de golf à garantir.

Afin de déterminer si l'agent général avait convenablement exécuté son obligation, le Médiateur s'est fondé sur un faisceau d'indices, au regard des documents communiqués par les parties.

Il ressortait des pièces du dossier que le contrat d'assurance avait fait l'objet d'un certain nombre d'adaptations, eu égard à la spécificité de la propriété à assurer (à savoir, un château avec dépendances), ce qui démontrait une réelle négociation entre les parties sur le contenu et l'étendue de la garantie d'assurance.

Aussi a-t-il été relevé que les conditions particulières signées par le souscripteur ne mentionnaient que les locaux et bâtiments d'habitation et indiquaient avec précision la surface à assurer, mais également que les conditions générales excluaient expressément les terrains de toute garantie .

Au regard de ces éléments, le Médiateur a considéré qu'aucun manquement au devoir de conseil n'était avéré, et que l'assuré ne pouvait, dans ces circonstances, ignorer l'absence de couverture des terrains attenants à sa propriété. ●

Étude réalisée par Tiphaine Guiot

LE DEVOIR DE CONSEIL DU COURTIER EN COURS D'EXÉCUTION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Le devoir de conseil qui pèse sur le courtier à l'égard de son client ne se limite pas au stade de la proposition du contrat d'assurance et perdure tout au long de son exécution. Ainsi doit-il régulièrement s'assurer que le contrat proposé est toujours en adéquation avec les besoins et attentes du souscripteur.

La jurisprudence considère de longue date que le courtier en assurance a, à l'égard de son client « *une obligation de conseil et d'exacte information* » (Cass. 1ère civ., 6 nov. 1984, n°83-14.020). Ainsi doit-il, lors de la conclusion du contrat, aider son client à analyser ses besoins en assurance et le conseiller sur l'étendue des garanties offertes.

Ce devoir de conseil qui pèse sur le courtier perdure également tout au long de l'exécution du contrat d'assurance. Il est ainsi tenu de s'assurer régulièrement que le contrat proposé est toujours en adéquation avec les besoins et attentes du souscripteur et, le cas échéant, de lui proposer un contrat plus adapté.

Dans un cas d'espèce soumis au Médiateur, un assuré avait souscrit en 1988 un contrat d'assurance habitation par l'intermédiaire d'un courtier, afin de garantir sa résidence principale.

Chaque année, l'assureur avait – conformément à la faculté offerte par le contrat – procédé à une augmentation tarifaire, si bien que la cotisation de l'assuré avait été multipliée par quatre en l'espace de trente ans, sans aucune revalorisation de ses garanties.

Considérant que le courtier avait manqué à son devoir de conseil en ne lui proposant pas de souscrire un contrat d'assurance moins onéreux, l'assuré s'était rapproché de ce dernier afin d'obtenir un dédommagement.

Saisi de ce litige, le Médiateur a constaté que la cotisation annuelle due au titre du contrat d'assurance habitation était passée d'environ 300 euros à 1.360 euros, et que les avis d'échéance annuelle faisant état de l'évolution tarifaire étaient transmis à l'assuré par l'intermédiaire du courtier, de sorte que ce dernier ne pouvait ignorer l'augmentation du montant des cotisations.

Après avoir rappelé qu'il appartient au courtier, débiteur d'un devoir de conseil à l'égard du souscripteur, d'apporter la preuve de l'exécution de cette obligation, le Médiateur a relevé qu'aucun élément ne permettait de démontrer que le courtier s'était effectivement rapproché de l'assuré au cours des trente dernières années afin de s'assurer de l'adéquation de son contrat à ses attentes et de lui proposer un contrat à un tarif plus adapté au regard des garanties souscrites.

Dès lors, il a été considéré que le courtier avait manqué à son devoir de conseil, faisant ainsi perdre à son client une chance de souscrire un contrat d'assurance habitation aux garanties équivalentes et à des conditions tarifaires lui étant plus favorables.

Dans ces circonstances, le Médiateur a invité le courtier à dédommager l'assuré pour le préjudice subi, sur la base de 30 % des cotisations réglées au cours des cinq dernières années. ●



Le courtier doit régulièrement s'assurer auprès de son client que le contrat d'assurance qu'il a souscrit est toujours adapté à ses besoins.



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, afin que celui-ci lui propose un contrat plus adapté.

Étude réalisée par Laetitia Philippart

L'ASSUREUR PEUT-IL EXCLURE LES SINISTRES LIÉS À LA NÉGLIGENCE DE L'ASSURÉ ?

En l'absence de définition contractuelle, la clause d'exclusion écartant toute prise en charge des sinistres liés à la « négligence » de l'assuré n'est pas formelle et limitée.



Le Médiateur invite les assureurs à faire preuve de précision dans la rédaction des polices et à éviter tout critère subjectif afin de permettre aux assurés de connaitre précisément l'étendue de leurs garanties.

Si les assureurs sont libres de prévoir des clauses d'exclusion au sein des contrats qu'ils proposent, celles-ci doivent, pour être valables, être formelles, limitées, et rédigées en caractères très apparents, conformément aux articles L.112-4 et L.113-1 du Code des assurances.

Ainsi l'exclusion doit être libellée de telle sorte que l'assuré soit en mesure de connaître très exactement les cas dans lesquels il ne sera pas garanti. Aucune incertitude ne doit donc subsister après lecture de la clause.

À cet égard, la jurisprudence considère de manière constante que les clauses qui se limitent à faire référence à un critère subjectif sans davantage de précisions ne sont pas formelles et limitées.

À titre d'illustration, au cours d'un voyage, un assuré a été victime du vol d'effets personnels laissés dans son véhicule de location, stationné sur le parking de son hôtel.

Titulaire d'une carte bancaire à laquelle était attachée une assurance comportant notamment une garantie vol des effets personnels, argent liquide et documents de voyage, il a déclaré le sinistre à son assureur afin d'obtenir la mise en œuvre de cette garantie.
L'assureur a toutefois refusé la mobilisation de ladite garantie, se fondant sur une clause d'exclusion contenue dans le contrat et considérant que le fait d'avoir laissé des effets personnels de valeur dans le véhicule était constitutif d'un acte de négligence.

L'assuré a contesté cette position au motif qu'il avait pris soin de ne pas laisser visibles ses effets personnels et qu'il n'avait donc pas fait preuve de négligence.

Le contrat d'assurance comportait effectivement une clause d'exclusion qui précisait que n'étaient pas couverts « *les effets personnels perdus, volés ou endommagés du fait de Votre négligence* ». Le Médiateur a toutefois relevé que la notion de négligence n'était pas définie au contrat. Or, la notion de négligence est, par nature, une notion subjective qui nécessite d'être interprétée. En effet, il n'est pas possible de déterminer *in abstracto* les critères permettant de qualifier la négligence.

Cette clause ne permettait donc pas à l'assuré de connaître l'étendue exacte de sa garantie et de déterminer les situations dans lesquelles il n'était pas couvert.

Dès lors, une telle clause ne peut être considérée comme formelle et limitée. Aussi ne peut-elle être opposée à l'assuré.

Par conséquent, le Médiateur a invité l'assureur à délivrer sa garantie. ●

Étude réalisée par Séverine Caragliu

L'OBLIGATION D'ASSURANCE DES TROTTINETTES ÉLECTRIQUES

L'assureur informé de l'acquisition, par son assuré, d'engins de déplacement personnel motorisés (EDPM) est tenu de l'orienter sur l'inadéquation de ses contrats avec de tels engins. Depuis le 23 octobre 2019, ces engins sont soumis à l'obligation d'assurance.

À leur arrivée sur le marché, les « engins de déplacement personnel motorisés » (EDPM) (trottinettes électriques, *hoverboards*, gyropodes, etc.) ne faisaient l'objet d'aucune réglementation. Si le Code de la route ne les définissait pas comme des véhicules, ces engins semblaient toutefois correspondre à la définition des véhicules terrestres à moteurs donnée par l'article L.211-1 du Code des assurances. Dans ces circonstances, certains propriétaires d'EDPM se trouvaient dépourvus de garantie, leurs contrats multirisques habitation excluant pour la plupart les dommages causés par un véhicule terrestre à moteur, et leur engin n'étant pas assuré au titre d'un contrat d'assurance automobile.
À titre d'exemple, un assuré avait souscrit auprès d'un même assureur un contrat d'assurance habitation et un contrat d'assurance automobile. Les huit trottinettes électriques acquises pour son activité professionnelle ayant été volées, il a déclaré le sinistre à son assureur, qui a refusé de délivrer les garanties vol prévues par ces deux contrats. L'assuré a alors invoqué un défaut de conseil de la part de son assureur, qui ne lui aurait pas conseillé d'assurer ces trottinettes au titre d'un contrat d'assurance automobile. Le Médiateur a alors relevé que le contrat d'assurance habitation excluait de toute prise en charge le vol des véhicules terrestres à moteur et que les trottinettes électriques n'avaient pas été déclarées comme des véhicules garantis au titre du contrat d'assurance automobile. L'assureur n'était donc pas tenu de mettre en œuvre la garantie vol prévue par chacun de ces contrats.
S'agissant du manquement au devoir de conseil, le Médiateur a considéré que l'assureur était effectivement tenu de conseiller à l'assuré d'assurer ses huit trottinettes électriques au titre du contrat automobile, le contrat multirisques habitation excluant de toute prise en charge les dommages causés à de tels engins. Pour autant, au regard du dossier, rien ne permettait d'affirmer que l'assuré avait informé l'assureur de l'acquisition de ces trottinettes, de sorte qu'aucun manquement ne pouvait lui être reproché sur ce point. Depuis le décret n°2019-1082 du 23 octobre 2019, ces engins de déplacement sont, sous certaines conditions, considérés comme des véhicules au sens du Code de la route et sont donc soumis à l'obligation d'assurance édictée par l'article L.211-1 du Code des assurances. Ainsi, l'assureur qui serait informé par son assuré de l'acquisition d'un tel engin est tenu de l'orienter vers un contrat d'assurance adéquat. Aussi, et plus généralement, il est souhaitable que les assureurs prennent l'initiative d'informer l'ensemble de leurs assurés de cette nouvelle réglementation, par exemple lors de l'envoi des avis d'échéance annuelle. ●



Les propriétaires d'engins de déplacement personnel motorisés doivent se rapprocher d'une entreprise d'assurance afin de souscrire un contrat garantissant, *a minima*, leur responsabilité civile.



Le Médiateur invite les assureurs à communiquer activement avec leurs assurés sur l'obligation d'assurance des engins de déplacement personnel motorisés édictée par le décret du 23 octobre 2019.

ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

3.B/ LE SINISTRE

Étude réalisée par Yaya Mendy

LA PREUVE DE L'EXISTENCE ET DE LA VALEUR DES BIENS DÉROBÉS

Si dans le cadre d'un sinistre vol, la preuve de l'existence et de la valeur des objets dérobés peut être rapportée par tous moyens, l'assureur demeure pour autant libre d'apprécier la force probante des moyens de preuve fournis.

En application de l'article 1353 du Code civil, l'assuré victime d'un cambriolage doit prouver la réalité de ce sinistre, mais également la préexistence des biens dérobés ainsi que leur valeur. Le sinistre étant un fait juridique, les moyens de preuve à la disposition de l'assuré sont libres. L'assureur peut toutefois contester la force probante des justificatifs fournis.

En général, les contrats d'assurance listent les justificatifs pouvant être fournis par l'assuré et permettant de prouver tant l'existence des biens dérobés que leur valeur.

À titre d'illustration, un assuré avait été victime d'un cambriolage à son domicile et sollicitait auprès de son assureur l'indemnisation de dix bracelets en or achetés auprès d'un bijoutier établi à l'étranger. Pour démontrer l'existence et la valeur des bijoux dérobés, l'assuré se prévalait de deux reçus fournis par ce bijoutier.

Ces reçus mentionnaient uniquement le nombre de bracelets, leurs carats, le prix d'achat, le nom de l'assuré et la date de l'opération. Ainsi, ces documents ne comportaient pas certaines mentions obligatoires prévues par le Code général des impôts et le Code de commerce, tels que le numéro de facture et le mode de paiement utilisé.

L'assureur avait ainsi refusé d'indemniser l'assuré pour le vol de ces bracelets.

Saisi de ce litige, le Médiateur a tout d'abord rappelé que les dispositions du Code général des impôts et du Code de commerce ne peuvent régir que des situations relevant du droit français et ne sauraient s'imposer à un commerçant établi à l'étranger. Ainsi, l'assuré pouvait valablement fournir les deux reçus émanant du bijoutier installé à l'étranger.

Pour autant, le Médiateur a également rappelé que si les modes de preuve à disposition de l'assuré sont libres, l'assureur peut en contester la force probante. Ainsi l'assureur pouvait-il contester la force probante des reçus communiqués par l'assuré, lesquels ne permettaient pas de prouver la préexistence des bracelets volés en l'absence de mention relative à la date d'émission de la facture à sa numérotation et au mode de paiement utilisé.

Il a également été relevé que le contrat énumérait non limitativement certains documents pouvant être fournis par l'assuré et lui permettant de prouver l'existence et la valeur des biens dérobés, tels que des factures ou encore des photographies. Or, l'assuré n'avait fourni à l'assureur aucun autre document permettant d'attester de la préexistence des biens.

Dans ces conditions, le Médiateur a considéré que l'assuré n'apportait pas la preuve de la préexistence des biens objets du sinistre. ●



L'assuré se prévalant d'une facture étrangère pour établir la préexistence de biens volés doit s'assurer que celle-ci comporte certaines mentions obligatoires imposées par la loi française. À défaut, l'assureur peut contester la force probante de ce document.

Étude réalisée par Réjane Ugurluyuz

L'ASSUREUR NE DOIT PAS INDEMNISER POUR UNE VALEUR SUPÉRIEURE À CELLE DU BIEN ASSURÉ

En cas de sinistre affectant un bien immobilier, l'assureur n'est pas tenu de verser à l'assuré l'indemnité différée contractuellement prévue lorsque le montant de l'indemnité immédiate déjà versée lui a permis de procéder à la reconstruction de son bien.



En vertu du principe indemnitaire, le montant de l'indemnisation versée par l'assureur en cas de sinistre ne peut excéder la valeur du bien assuré. Ainsi, l'assuré ne peut prétendre au versement d'une indemnité différée si son montant excède la valeur du bien au jour du sinistre.

Certains contrats d'assurance de dommages aux biens prévoient que l'indemnisation s'effectue sur la base de la valeur de reconstruction à neuf du bien sinistré. L'indemnisation s'opère alors en deux temps : l'assureur verse dans un premier temps une indemnité immédiate correspondant à la valeur à neuf du bien vétusté déduite. Dans un second temps, lorsque l'assuré a réparé ou reconstruit son bien, l'assureur lui verse une indemnité différée correspondant à la différence entre la valeur de reconstruction à neuf et la valeur vétusté déduite.

Le montant des indemnités versées est toutefois encadré par le principe indemnitaire, en vertu duquel le contrat d'assurance a uniquement pour objectif de réparer les conséquences d'un sinistre et ne doit pas permettre à l'assuré de réaliser un gain.

Le Médiateur est fréquemment saisi dans le cadre de litiges relatifs au versement d'indemnités immédiates et différées.

À titre d'exemple, un assuré avait souscrit un contrat d'assurance afin de garantir trois de ses appartements donnés en location.

Un incendie s'étant déclaré dans l'un des appartements, l'assuré a sollicité auprès de son assureur la mise en œuvre de la garantie incendie prévue à son contrat. Conformément au chiffrage arrêté par l'expert, l'entreprise d'assurance a versé à l'assuré une première indemnité d'un montant de 97.519,15 euros et lui a indiqué qu'une indemnité différée d'un montant de 28.942,49 euros lui serait versée sur présentation des factures de remise en état du bien.

À réception des factures des travaux, l'assureur a toutefois refusé de procéder au versement de l'indemnité différée, les montants des justificatifs transmis par l'assuré étant inférieurs au montant de l'indemnité immédiate déjà versée au titre des travaux de reconstruction.

Ainsi, après avoir rappelé à l'assuré le principe indemnitaire, le Médiateur lui a indiqué que l'indemnité immédiate déjà versée par l'assureur lui avait permis de reconstruire intégralement le bien sinistré, de sorte que l'assureur n'était pas tenu de procéder au versement de l'indemnité différée. En effet, le versement de cette indemnité aurait nécessairement entraîné un enrichissement injustifié pour l'assuré. ●

Étude réalisée par Amanda Bugeard

L'ASSURÉ QUI COMMET DE MAUVAISE FOI UNE FAUSSE DÉCLARATION À L'OCCASION D'UN SINISTRE ENCOURT LA DÉCHÉANCE DE SA GARANTIE

L'assureur qui oppose une déchéance de garantie à son assuré pour déclaration inexacte à l'occasion du sinistre doit établir sa mauvaise foi. Tel est le cas lorsque la déclaration de sinistre comporte de nombreuses inexactitudes.

Les contrats d'assurance de dommages aux biens comportent, pour la plupart, des clauses de déchéance visant à sanctionner l'assuré qui commet une fausse déclaration à l'occasion d'un sinistre, notamment lorsqu'il a recours à des moyens frauduleux ou fournit des documents inexacts.

Pour autant, la mise en œuvre de cette sanction contractuelle suppose que l'assureur démontre la mauvaise foi de l'assuré. Cette preuve est libre et l'assureur peut s'appuyer sur un faisceau d'indices.

Dans le cadre des dossiers qui lui sont soumis, le Médiateur s'attache à distinguer la simple déclaration erronée de la déclaration réalisée avec une intention frauduleuse, étant précisé que la bonne foi est toujours présumée.
À titre d'exemple, un assuré avait déclaré le vol de son véhicule à son assureur en précisant sur la déclaration de sinistre que ce dernier était « *en excellent état* », qu'il ne présentait pas de fonctionnement anormal et qu'il totalisait 138.000 kilomètres.

Considérant que ces déclarations étaient inexactes et réalisées de mauvaise foi, l'assureur avait mis en œuvre la clause de déchéance de garantie pour fausse déclaration à l'occasion du sinistre, telle que prévue par son contrat.

En effet, l'analyse des clés de contact par l'expert permettait de démontrer que le véhicule totalisait en réalité 146.243 kilomètres et qu'il présentait des défaillances moteur et électroniques. En outre, il s'avérait que le véhicule avait fait l'objet d'un acte de vandalisme quelques années auparavant, et que l'assuré n'était pas en mesure de prouver que des réparations avaient été effectuées.

Saisi de ce litige, le Médiateur a constaté que la déclaration de sinistre effectuée par l'assuré comportait effectivement de nombreuses inexactitudes, s'agissant notamment du kilométrage et de l'état général du véhicule.

Si la seule déclaration d'un kilométrage légèrement inférieur ne saurait suffire à établir la mauvaise foi de l'assuré, il en est autrement lorsque la déclaration de sinistre comporte de nombreuses incohérences.

Aussi le Médiateur a-t-il considéré que l'assuré ne pouvait légitimement ignorer le caractère erroné de ses déclarations, ni le fait que ces inexactitudes lui permettraient d'obtenir une meilleure indemnisation. L'ensemble de ces éléments permettant de caractériser l'intention dolosive de l'assuré, il n'a pas été fait droit à sa demande. ●



Le Médiateur recommande aux assurés de faire preuve de vigilance lors de la déclaration d'un sinistre notamment en ce qui concerne le kilométrage, l'état général ou encore la valeur du véhicule.



Le Médiateur rappelle aux assureurs que le simple fait de fournir un renseignement erroné ne suffit pas à caractériser la mauvaise foi de l'assuré lors de la déclaration du sinistre.

Étude réalisée par Laetitia Philippart

LA RESPONSABILITÉ DE L'ASSUREUR PEUT ÊTRE ENGAGÉE EN CAS DE MANQUEMENT DE SON PRESTATAIRE D'ASSISTANCE

Nombre de contrats d'assurance prévoient des garanties d'assistance en complément des garanties d'assurance, permettant aux assureurs d'offrir des services annexes à leurs clients. Si la majorité des prestations d'assistance sont délivrées à la satisfaction du consommateur, l'assureur est toutefois susceptible d'engager sa responsabilité en cas de prestation défaillante.



En cas de dommage subi par un assuré lors de l'exécution d'une prestation d'assistance, le Médiateur s'attachera à vérifier qu'il a été causé par une inexécution fautive du prestataire de services mandaté par l'assureur, et qu'un lien de causalité est caractérisé entre les deux.



L'entreprise d'assurance ne saurait être exonérée de sa responsabilité du simple fait que la prestation garantie par le contrat a été réalisée par un tiers, lorsque ce tiers a été mandaté par ses soins.

Dans le cadre de la garantie assistance à domicile prévue dans son contrat multirisque habitation, un assuré a fait appel à son assureur pour l'ouverture de sa porte palière.

Un prestataire de services a été mandaté par ce dernier pour procéder à l'ouverture de la porte.
À la suite de cette intervention, l'assuré a constaté une dégradation de la serrure. L'expert missionné par les parties a conclu à une intervention défaillante du prestataire, estimant qu'il aurait été possible en l'espèce de ne pas endommager la serrure, si les règles de l'art avaient été respectées.
L'assuré a alors sollicité auprès de son assureur la prise en charge du remplacement de sa porte. Celui-ci a refusé d'intervenir arguant, d'une part, que les dommages étaient inhérents à l'intervention et d'autre part, qu'aucune réserve concernant un incident n'avait été émise par l'assuré sur la facture. L'entreprise d'assurance estimait donc qu'il n'existait aucun élément probant de nature à engager la responsabilité du prestataire.
Pour autant, il résulte de la jurisprudence que, lorsque la prestation d'une entreprise mandatée par l'assureur s'avère défaillante, l'assuré peut engager la responsabilité contractuelle de son assureur, en vertu de l'article 1231-1 du Code civil, le contrat ayant été mal exécuté (CA Montpellier, 1ère chambre section C3, 15 mai 2006, n°04/04098 ; CA Pau, 1ère chambre, 28 juin 2013, n°12/00032).
La mise en œuvre de cette responsabilité est conditionnée à la preuve d'un manquement contractuel, d'un dommage et d'un lien de causalité entre les deux, le manquement contractuel pouvant résulter d'une mauvaise exécution de la prestation ou du retard dans son exécution.
À la lecture des éléments communiqués, il n'était pas contesté par l'assureur que les dommages subis par l'assuré avaient été causés par le prestataire de services, celui-ci ayant endommagé la serrure lors de l'ouverture de porte.
En l'espèce, l'obligation de l'assureur consistait à prendre en charge et organiser l'ouverture de la porte du domicile de l'assuré, dans le respect des règles de l'art.
L'expert ayant conclu à une intervention défectueuse du prestataire, sans que l'assureur ne rapporte de preuve contraire, la mauvaise exécution de la prestation était donc établie conformément à l'article 1231-1 du Code civil.

Par conséquent, le Médiateur a invité l'entreprise d'assurance à prendre en charge les frais de remplacement de la porte palière endommagée par son prestataire. ●

4

ETUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

Étude réalisée par Vincent Yahiaoui

LA SORTIE EN CAPITAL DES CONTRATS D'ASSURANCE RETRAITE À L'AUNE DE LA LOI PACTE

Les titulaires de contrats de retraite supplémentaire se montrent parfois désireux de récupérer leur épargne sous forme de capital, que ce soit en cours de contrat ou à l'échéance de celui-ci. Le nouveau plan d'épargne retraite issu de la loi PACTE bénéficie d'un régime particulièrement souple en la matière.



Les assouplissements issus de la loi PACTE ne doivent pas faire oublier que la liquidation des contrats de retraite sous forme de rente viagère demeure possible à l'échéance, les PER devant toujours prévoir cette possibilité.

En outre, l'indisponibilité de l'épargne retraite avant le terme du plan reste la règle de principe.

La loi n°2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises, dite « loi PACTE », a créé le plan d'épargne retraite (PER). Ce nouveau produit, commercialisé depuis le 1er octobre 2019, a vocation à simplifier l'épargne retraite, caractérisée jusqu'alors par des dispositifs hétérogènes (contrats article 83, Madelin, PERP, PERCO,...).

Bien que simplifiée, la physionomie de l'épargne retraite n'en demeure pas moins diverse, puisque le PER se décline sous plusieurs formes : le PER individuel (anciens PERP et Madelin), le PER entreprise collectif (ancien PERCO) et le PER entreprise obligatoire (ancien contrat article 83). En plus d'instituer une nouvelle architecture des produits de retraite supplémentaire, la loi PACTE répond au désir marqué de nombreux épargnants de pouvoir récupérer leurs fonds, « en capital » et non par le versement d'une rente viagère.

Plusieurs exemples de dossiers soumis au Médiateur témoignent en effet de demandes récurrentes en ce sens. Au moment de leur départ en retraite, certains assurés sollicitent le Médiateur lorsque l'assureur refuse de leur verser, en une seule fois, le capital constitué sur leur contrat de retraite.
En effet, les anciens produits de retraite supplémentaire ont pour objet le versement d'une rente viagère – sauf exceptions.

Un assuré partant à la retraite et souhaitant disposer de liquidités avait demandé le règlement de son PERP arrivé à terme sous forme de capital. Le Médiateur a rappelé qu'hormis le cas des rentes de faible montant ou celui de l'acquisition d'une résidence principale par l'adhérent en accession à la première propriété, le dénouement d'un PERP en capital est limité à 20 % de la valeur de rachat du contrat. Cette possibilité doit être expressément prévue par le contrat (article L.144-2 alinéa 2 du Code des assurances).

Le nouveau régime issu de la loi PACTE s'avère beaucoup plus souple, puisque seuls les droits afférents aux versements obligatoires de l'employeur ou du salarié, dans un PER entreprise obligatoire, doivent nécessairement être liquidés sous forme de rente (article L.224-5 du Code monétaire et financier).
Les autres types de versements peuvent faire l'objet d'une sortie soit en capital (en une fois ou de manière fractionnée), soit en rente. Par ailleurs, les assurés manifestent parfois le souhait de récupérer leur épargne avant même l'échéance du contrat de retraite.

Le titulaire d'un contrat Madelin contestait, auprès du Médiateur, le refus de l'assureur de lui restituer son épargne plusieurs années avant son départ en retraite. Il invoquait à l'appui de sa demande son projet d'achat d'une résidence principale. Or, cette situation ne correspond pas à l'une des hypothèses permettant le rachat anticipé des anciens contrats de retraite supplémentaire (sauf PERCO).

La loi PACTE harmonise, au sein de l'article L.224-4 du Code monétaire et financier, les cas exceptionnels de sortie avant le terme pour l'ensemble des nouveaux PER.
Le déblocage de ces contrats est admis notamment en cas d'affectation de l'épargne à l'acquisition d'une résidence principale (article L.224-4 I, 6°) – à l'exception des droits issus des versements obligatoires du salarié ou de l'employeur dans un PER entreprise obligatoire.

Le législateur a en effet souhaité favoriser l'attractivité du PER en facilitant la réalisation d'un tel projet patrimonial, afin de permettre aux épargnants d'anticiper la baisse de leurs revenus au moment de leur départ en retraite. L'opportunité de ce déblocage devra néanmoins être étudiée avec soin, notamment au regard de la fiscalité applicable.

Un autre motif de rachat anticipé fréquemment invoqué est le chômage de longue durée, envisagé à l'article L.132-23, alinéa 3 du Code des assurances pour les anciens contrats de retraite. Depuis le 11 décembre 2016 (date d'entrée en vigueur de la loi dite « Sapin II »*), cet article autorise le déblocage des sommes en cas de cessation des droits au chômage accordés non plus seulement à la suite d'un « *licenciement* », mais de toute « *perte involontaire d'emploi* ».

La loi PACTE a repris cette hypothèse pour les nouveaux PER dans des termes encore plus larges, puisqu'est seulement exigée une « *expiration des droits à l'assurance chômage* », indépendamment du motif d'octroi de ceux-ci (article L.224-4 I, 4° du Code monétaire etfinancier).

La récente réforme de l'épargne retraite pourrait donc à l'avenir permettre d'éviter un certain nombre de différends ou de frustrations, liés notamment aux possibilités traditionnellement limitées de sortie en capital. ●

* Loi n°2016-1691 du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique.

ASSURANCE DE PERSONNES
4.A/ LE CONTRAT

Étude réalisée par Loriane Sodogandji

LES RESTRICTIONS DE GARANTIE ACCEPTÉES PAR SMS SONT OPPOSABLES À L'ASSURÉ

L'assureur peut valablement opposer à l'assuré les restrictions de garantie stipulées lors de l'adhésion sur un document transmis à l'assuré sur son espace digital et accepté par SMS.

La signature d'une demande d'adhésion à un contrat d'assurance emprunteur par l'assuré ne suffit pas, à elle seule, à engager l'assureur qui demeure libre de sélectionner les risques qu'il entend garantir, au regard des antécédents médicaux déclarés par l'assuré lors de la souscription.

Ainsi peut-il conditionner son acceptation à l'exclusion de certaines pathologies. Pour autant, de telles restrictions doivent, pour être opposables à l'assuré, avoir été portées à sa connaissance lors de l'adhésion. À cet égard, l'essor de la digitalisation est source de nombreux litiges.

Le Médiateur a ainsi été saisi par un assuré ayant adhéré, en ligne, à un contrat d'assurance destiné à garantir le remboursement des échéances de son prêt. Après réception, sur son espace digital, d'un document portant la mention « *bon pour accord* » et stipulant des restrictions de garantie, il avait été invité, le lendemain, à confirmer son acceptation par SMS.

Ayant été placé en arrêt de travail, l'assuré a sollicité la mise en œuvre de sa garantie incapacité totale de travail.

L'assureur a refusé de faire droit à sa demande au motif que l'affection à l'origine de son arrêt de travail faisait l'objet d'une exclusion contractuelle, stipulée sur le document intitulé « *bon pour accord* », matérialisant son acceptation sous conditions.
L'assuré a toutefois contesté l'opposabilité de ce document, en indiquant d'une part, qu'il n'était pas revêtu de sa signature et d'autre part, que le certificat d'adhésion qui lui avait été communiqué ne mentionnait pas de restrictions de garantie, ce certificat précisant uniquement que l'assuré avait été accepté pour l'ensemble des garanties « *à l'exclusion de certaines affections* ».

Le Médiateur a tout d'abord relevé que lors de l'adhésion, l'assuré avait reconnu avoir pris connaissance de la notice d'information, laquelle indiquait expressément que l'assureur se réservait la possibilité d'exclure certaines pathologies.
Par ailleurs, l'assureur rapportait la preuve que le document « *bon pour accord* » sur lequel était mentionnée en caractères très apparents une exclusion contractuelle pour trois des garanties souscrites, avait été porté à la connaissance de l'assuré et accepté par lui. En effet, l'assureur avait versé au dossier divers documents faisant état de l'acceptation, par SMS, des restrictions de garanties, une telle acceptation valant signature électronique de l'assuré.

Dès lors, le Médiateur a considéré que les restrictions de garantie étaient opposables à l'assuré. ●



L'assuré doit faire preuve de vigilance lorsqu'il souscrit un contrat d'assurance par voie électronique, en prenant connaissance de l'intégralité des documents qui lui sont transmis.



L'assureur peut se prévaloir de l'acceptation, par SMS, d'un document comportant des restrictions de garantie pour les opposer à l'assuré à l'occasion d'un sinistre.

Étude réalisée par Vincent Yahiaoui

LE CONSEIL DU COURTIER LORS DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT DOIT ÊTRE ADAPTÉ ET PERSONNALISÉ

Lorsque le contrat d'assurance est source d'insatisfaction, le respect par le courtier de son devoir de conseil à la souscription est parfois contesté. Tel est le cas notamment lors du rachat total d'un contrat d'assurance-vie multisupports, dont le rendement peut s'avérer inférieur aux attentes de l'assuré.



Le courtier est tenu d'accompagner le plus étroitement possible le candidat à l'assurance lors de la souscription, ce qui suppose notamment de l'interroger avec précision sur sa situation et ses objectifs, afin de lui proposer un produit adapté à ses besoins.

Conformément à son devoir de conseil, l'intermédiaire est tenu de proposer un contrat adapté à la situation du candidat à l'assurance. Le recueil des besoins de ce dernier constitue une étape préalable essentielle, au cours de laquelle sont définis par écrit ses exigences et objectifs ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni, en vue d'une recommandation personnalisée. Ce devoir de conseil incombe particulièrement au courtier, en sa qualité de mandataire de l'assuré.

Un assuré avait souscrit, par l'intermédiaire d'une société de courtage, un contrat d'assurance-vie dont près de la moitié des sommes investies était affectée à des supports en unités de compte. À l'occasion du rachat total de ce contrat, l'assuré s'était déclaré insatisfait du montant du capital reversé par l'assureur.

L'assuré, qui ne contestait pas avoir reçu les documents d'information lors de la souscription, soutenait néanmoins qu'il n'avait pas compris que les sommes placées sur son contrat seraient exposées à un risque de perte en capital. Il indiquait également qu'un investissement sur des supports en unités de compte était inadapté à son projet d'acquisition d'un bien immobilier.

Le Médiateur a relevé que l'assuré avait rempli et signé avec son courtier, préalablement à la conclusion du contrat, une fiche formalisant l'expression de ses besoins ainsi que le conseil reçu.

Par ce document, l'assuré avait notamment indiqué posséder une « *bonne connaissance* » des produits d'assurance-vie et des risques de marché. Il avait également défini son objectif de souscription comme la « *Constitution d'un capital* » plutôt que le « *Financement d'un projet personnel* ».

En outre, l'assuré avait exprimé son souhait d'une prise de risque permettant de dynamiser ses investissements, et son accord sur le fait qu'un investissement sur des supports en unités de compte était susceptible d'entraîner une « *perte partielle ou totale* » en capital.

Au regard de ces déclarations, le Médiateur a pu constater qu'au moment de la souscription, l'assuré s'était trouvé en mesure d'appréhender les risques inhérents à un contrat d'assurance à capital variable. Il a pu ainsi en déduire que l'assuré avait accepté le produit proposé en connaissance de cause, lequel apparaissait conforme à sa situation et à ses besoins exprimés en amont de la conclusion du contrat.

Le Médiateur a également relevé que l'assuré n'avait pas fait part de son projet d'achat immobilier lors de la souscription malgré une question posée en ce sens, et ne l'avait pas non plus évoqué ultérieurement lors de l'actualisation des informations effectuée par le courtier en cours de contrat.

Dans ces conditions, le manquement du courtier à son devoir de conseil n'était pas caractérisé. Ce dernier ne pouvait donc être tenu d'indemniser l'assuré. ●



Outre une lecture attentive des documents d'information qui leur sont remis, les assurés sont invités à procéder, avant la conclusion du contrat proposé, à une vérification soigneuse du contenu de la fiche formalisant le conseil reçu.

Étude réalisée par Eve-Elodie Genies

LA CESSATION DE LA GARANTIE N'EMPORTE PAS NÉCESSAIREMENT LA CESSATION DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le fait qu'un assuré ait atteint l'âge limite de couverture contractuellement prévu ne peut permettre à l'assureur de cesser sa prise en charge, notamment lorsque le contrat prévoit des causes de cessation des prestations distinctes.



Si l'assureur est libre de fixer un âge limite au-delà duquel l'assuré ne peut plus être couvert par la garantie, il doit veiller à stipuler expressément une clause relative à la durée des prestations s'il souhaite également cesser le versement des prestations en cours.

Les contrats d'assurance emprunteur comportent fréquemment des clauses relatives à la durée des garanties, qui ont pour objet de limiter le temps pendant lequel la survenance d'un risque assuré obligera l'assureur à délivrer sa garantie.

Toutefois, la cessation de la garantie n'emporte pas nécessairement la cessation du versement des prestations.

En l'absence de clause relative à la cessation du versement des prestations, l'assureur peut donc être tenu de poursuivre l'indemnisation, alors même que la garantie est éteinte, dès lors que le risque s'est réalisé pendant la période de garantie.

Voici un exemple. Un assuré avait souscrit un contrat d'assurance emprunteur prévoyant le versement de prestations en cas de décès, d'invalidité ou d'incapacité temporaire totale de travail.

Ayant été placé en arrêt de travail, il a bénéficié d'une prise en charge de ses échéances de prêt par son assureur au titre de la garantie incapacité de travail.

Toutefois, à compter de son soixantième anniversaire, l'assureur a mis un terme à l'indemnisation, le contrat prévoyant une cessation des garanties aux soixante ans de l'assuré.

L'assuré a alors contesté cette décision et sollicité la poursuite de l'indemnisation jusqu'à ses soixante-deux ans, âge légal de départ à la retraite.

Saisi du litige, le Médiateur a tout d'abord rappelé que l'assureur détermine librement l'étendue des garanties qu'il propose.

Ainsi, peut-il valablement fixer un âge limite au-delà duquel les garanties seraient amenées à cesser, cette limite d'âge pouvant être distincte de l'âge légal de départ en retraite.

Néanmoins, le Médiateur a relevé que les dispositions contractuelles distinguaient, pour la garantie mobilisée, les causes de cessation des garanties et les causes de cessation du versement des prestations.

Ainsi, si le contrat prévoyait effectivement une cessation de la garantie à l'âge de soixante ans, il ne prévoyait toutefois pas d'âge limite pour le versement des prestations, le contrat stipulant uniquement que le versement des prestations au titre de la garantie incapacité cesserait dans le cas où l'assuré serait en mesure de reprendre une activité professionnelle, ou ne percevrait plus les indemnités journalières versées par la sécurité sociale (en cas de départ à la retraite ou placement en invalidité).

L'assureur était donc tenu de poursuivre le versement des prestations au-delà du soixantième anniversaire de l'assuré, dès lors que le risque garanti s'était réalisé avant cette date.

Par conséquent, le Médiateur a invité l'assureur à poursuivre le versement de l'indemnisation au titre de la garantie incapacité de travail jusqu'à la survenance de l'un des évènements entraînant la cessation des prestations (par exemple : départ à la retraite, ou placement en invalidité, ou évolution de l'état de santé conduisant à ne plus être en situation d'incapacité temporaire de travail). ●

Étude réalisée par Nicolas Patron

LES CONTRATS COLLECTIFS D'ASSURANCE DE PERSONNES PEUVENT FAIRE L'OBJET D'ÉVOLUTIONS NE NÉCESSITANT PAS L'ACCORD DE L'ASSURÉ

En matière d'assurance de groupe, il n'est pas rare que les assurés contestent les évolutions du contrat intervenues sans leur accord. Or, si la modification de ces contrats collectifs d'assurance de personnes obéit à un régime spécifique d'information, elle n'est pas subordonnée au consentement de l'adhérent.



Le Médiateur veille au respect de l'information préalable dont doivent bénéficier les adhérents à une assurance de groupe lorsqu'une modification de celle-ci est convenue en cours de contrat.

Bien que la modification d'un contrat suppose en principe l'accord des parties, la dimension collective des contrats d'assurance de groupe justifie l'application des règles particulières prévues à l'article L.141-4 du Code des assurances, à l'exception de certains régimes dérogatoires (assurance emprunteur notamment).

En effet, dans ce schéma tripartite où l'assuré adhère à un contrat préalablement souscrit par un assureur et un souscripteur (établissement de crédit, association, employeur, ...), les modifications du contrat collectif sont convenues entre ces deux derniers uniquement, afin de garantir l'efficacité de l'assurance de groupe.

Toutefois, l'adhérent doit être individuellement informé par le souscripteur de la modification à intervenir, dans un délai minimum de trois mois avant l'entrée en vigueur de celle-ci.

Une fois informé, l'adhérent ne peut exiger le maintien des conditions initiales, mais a le choix – sauf lorsque l'assurance collective de personnes est à adhésion obligatoire – d'accepter la modification ou de dénoncer son contrat.

Un assuré avait adhéré à un contrat collectif d'assurance-vie souscrit par une association d'épargnants, dans lequel il avait investi l'intégralité de son épargne sur un support en fonds euros.

Quelques années plus tard, l'assureur et le souscripteur étaient convenus d'une augmentation du taux des frais de gestion de ce support, afin de l'aligner sur celui des supports en unités de compte.

Le réclamant s'opposait à cette modification qu'il qualifiait d'*« unilatérale »*, déplorant que son accord n'ait pas été recueilli via la signature d'un avenant. En outre, il regrettait l'absence de clause contractuelle prévoyant expressément la possibilité d'une évolution du taux des frais de gestion.

Le Médiateur a rappelé au réclamant que la conclusion de son contrat d'assurance-vie avait consisté en l'adhésion à un contrat d'assurance de groupe et non en la souscription d'un contrat individuel. Il convenait cependant de vérifier que la modification intervenue avait été réalisée dans le respect de l'exigence d'information posée par le législateur.

Le Médiateur a constaté que l'évolution du taux contractuel des frais de gestion résultait d'un avenant conclu entre la société d'assurance et l'association souscriptrice. Il a également relevé que l'assuré adhérent avait reçu un courrier l'avisant de cette modification près de six mois avant sa mise en œuvre effective.

Par ailleurs, la notice d'information remise à l'adhésion précisait que les droits et obligations de l'adhérent pouvaient être modifiés par voie d'avenant, conformémentà l'exigence posée par l'article L.132-5-3, alinéa 3 du Code des assurances applicable au type de contrat en cause (assurance de groupe sur la vie à adhésion facultative comportant une valeur de rachat ou de transfert).

Au regard de ces éléments et en l'absence de dénonciation par l'assuré de son adhésion, il a donc été considéré que la modification litigieuse lui était opposable. ●



Le Médiateur rappelle aux assurés qu'à la différence des contrats d'assurance individuels, les contrats collectifs d'assurance de personnes auxquels ils adhérent peuvent faire l'objet d'évolutions pour lesquelles leur accord ne sera pas requis – sauf exception.

Étude réalisée par Angélina Bich

L'APPLICATION DU PLAFOND DE GARANTIE DANS LE CADRE D'UN PRÊT DIT « *IN FINE* »

Si les contrats d'assurance emprunteur prévoient fréquemment des clauses visant à limiter le montant de prise en charge des échéances de prêt, ces clauses soulèvent des difficultés particulières lorsque le prêt souscrit par l'assuré est un prêt dit « *in fine* ».



Le Médiateur invite les assureurs à adapter leurs contrats d'assurance à la nature des prêts souscrits par les assurés, notamment lorsqu'il s'agit de prêts « *in fine* ».

Au regard du principe de liberté contractuelle, l'assureur est libre de délimiter le champ de ses garanties. Ainsi peut-il valablement prévoir contractuellement des plafonds de garanties, ayant pour objet de limiter le montant de l'indemnisation due en cas de survenance d'un sinistre.

Dans un cas soumis au Médiateur, l'assuré avait souscrit un prêt dit « *in fine* » et adhéré à un contrat d'assurance emprunteur, afin de garantir le remboursement de son prêt en cas de survenance des risques décès, incapacité et invalidité. Ayant été placé en arrêt de travail, il avait bénéficié d'une prise en charge de ses échéances de prêt par l'assureur, au titre de la garantie incapacité totale de travail prévue à son contrat.

Le prêt dit « *in fine* » se caractérise par le remboursement du capital à son expiration, les échéances antérieures ne comprenant que les intérêts. C'est donc lors de la dernière échéance que l'emprunteur rembourse le capital, en une seule fois.

Dans ce dossier, l'assuré contestait l'indemnisation versée par l'assureur au titre de sa dernière échéance de prêt. En effet, le montant de cette dernière échéance s'élevait à 189.081,52 euros, tandis que l'assureur avait indemnisé l'assuré à hauteur de 5.400,00 euros.

Pour justifier ce montant, l'assureur indiquait avoir fait application du plafond de garantie prévu contractuellement, limitant la prise en charge des échéances de prêt à la somme de 5 400,00 euros par mois.

Le Médiateur a alors relevé que le contrat prévoyait effectivement, par une clause claire et dénuée d'ambiguïté, une limitation de l'indemnisation au montant susvisé. Ce plafond mensuel concernant l'ensemble des échéances de prêt, le Médiateur a indiqué à l'assuré qu'il ne pouvait prétendre à une indemnisation supérieure au titre de sa dernière échéance.

Sans remettre en cause la position retenue dans ce dossier, le Médiateur a néanmoins attiré l'attention de l'assureur sur les risques liés à l'inadéquation du contrat d'assurance avec la nature du contrat de prêt souscrit par l'assuré. ●



Lors de l'adhésion à un contrat d'assurance emprunteur, les assurés doivent être vigilants quant à l'adéquation du contrat d'assurance avec le contrat de prêt qu'ils ont souscrit (*in fine*, amortissable, etc.).

Étude réalisée par Marion Chartier

DE LA NÉCESSITÉ D'ÊTRE PÉDAGOGUE DANS L'INFORMATION DÉLIVRÉE AUX ASSURÉS

Afin de protéger le consommateur, le législateur a, à de nombreuses reprises, renforcé l'obligation d'information pesant sur l'assureur. En dépit de la réglementation importante en la matière à toutes les étapes de la vie du contrat, il apparaît que celle-ci est encore perfectible.

L'analyse de la législation et de la jurisprudence met en évidence que le renforcement de l'obligation d'information est un moyen fréquemment utilisé pour protégerle consommateur.
Ainsi, le Code des assurances encadre strictement les informations qui doivent être communiquées aux assurés lors de la souscription du contrat (article L.112-2) et accroît cette obligation en matière d'assurance-vie ou de capitalisation (article L.132-5-2) et de fourniture de produits d'assurance à distance (article L.112-2-1). La Cour de cassation se montre quant à elle exigeante sur les conditions de validité des clauses de renvoi permettant à l'assureur de prouver la délivrance de ces informations lors de la souscription du contrat (Par exemple : Cass. civ. 2ème, 22 janv. 2009, n°07-19.234 et Cass. civ. 2ème, 13 sept. 2018, n°17-23.160).

Le législateur prévoit également la communication d'informations après la souscription, notamment une information annuelle et à l'approche du terme du contrat en matière d'assurance-vie et de capitalisation, ou passé la date de liquidation de la pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse pour les contrats liés à la cessation d'activité professionnelle (articles L.132-22 et L.132-9-5 du Code des assurances).

En dépit des efforts accomplis pour informer davantage le consommateur, les réclamations soumises à l'attention du Médiateur révèlent que l'information délivrée par l'assureur est encore bien souvent source d'incompréhension pour les assurés et cause par conséquent de nombreux litiges, que l'assureur ait, ou non, respecté son obligation d'information.

Lorsque le Médiateur est amené à sanctionner la méconnaissance par l'assureur de son obligation d'information, il accorde une grande attention à l'examen des documents communiqués aux assurés lors de la souscription, notamment le modèle de lettre de renonciation propre à faire courir le délai de renonciation dans les contrats d'assurance-vie et capitalisation et ceux conclus à distance.

Au-delà des dispositions spécifiques prévues par le législateur pour sanctionner le défaut d'information, l'assureur peut également être tenu à réparation si le défaut d'information, ou l'erreur commise lors de la délivrance de celle-ci, cause un préjudice à l'assuré, par application des règles de mise en œuvre de la responsabilité.

./...



Les assureurs doivent bien conserver la preuve de la délivrance de toutes les informations devant être communiquées à l'assuré lors de la souscription et en cours de contrat et faire preuve de la plus grande pédagogie quant au fonctionnement des contrats d'assurance proposés, notamment en ce qui concerne les contrats obsèques, mixtes, et d'assurance temporaire décès.

Voici un exemple. Un assuré a saisi le Médiateur pour contester la valeur de la rente servie lors de sa retraite.

L'assureur lui avait bien adressé une estimation du montant de sa rente, conformément aux exigences de l'article L.132-22 du Code des assurances, mais avait annoncé un montant annuel supérieur d'environ 3000 euros à celui qui serait réellement versé quelques mois plus tard. Le montant communiqué n'étant qu'une estimation, il n'engageait pas l'assureur. L'assuré ne pouvait donc obtenir le versement du montant de rente erroné. En revanche, ayant démontré que cette erreur lui avait causé un préjudice, l'assuré a pu être indemnisé.

Certains dossiers révèlent également que le respect de l'obligation d'information n'est pas toujours suffisant pour que l'assuré mesure bien toutes les particularités de son contrat.

Les assurés invoquent parfois un défaut d'information lorsqu'ils ont mal compris la nature du contrat conclu, notamment lorsqu'ils se rendent compte qu'il ne s'agit pas exclusivement d'un contrat d'épargne mais d'un contrat « mixte », associant constitution d'une épargne en cas de vie et assurance décès ou invalidité, et qu'une partie des cotisations a été versée « à fonds perdus ». La logique de prévoyance de certains contrats n'est pas toujours facile à appréhender pour eux.

Certains contrats obsèques prévoient le versement d'une somme d'argent déterminée, quelle que soit la date du décès, en contrepartie du paiement viager des cotisations. Le montant des cotisations versées peut alors être supérieur au montant du capital garanti si l'assuré a la chance de vivre jusqu'à un âge élevé. Les réclamants contestent fréquemment avoir été informés que le montant des cotisations versées pouvait dépasser celui du capital garanti.

D'autres contrats prévoient que la garantie sera délivrée si le risque se réalise avant le terme du contrat, que ce soit avant un certain âge de l'assuré ou une date fixée lors de la souscription. Ces contrats ne s'accompagnent pas nécessairement d'une garantie en cas de vie au terme et les assurés sont parfois surpris de ne recevoir aucun capital à la fin du contrat.

Les difficultés de compréhension sont encore plus grandes lorsque les assurés ont souscrit un contrat prévoyant le versement d'un capital en cas de vie au terme mais que celui-ci est transformé en contrat d'assurance temporaire décès en cours de contrat.

Dans ce cas, le Médiateur examine si l'assureur rapporte la preuve de l'information de la modification contractuelle. À défaut, il invite l'assureur à délivrer la garantie initialement prévue lors du terme du contrat.

D'autres dossiers mettent en exergue le fait que la délivrance de l'information telle que prévue par le législateur ne permet pas à l'assuré de bien comprendre les évolutions de son contrat. Il en va notamment ainsi de la variation de la valeur de transfert dans les contrats retraite.

Un assuré contestait avoir été informé de la possible baisse de la valeur de transfert de son contrat. La notice d'information contenait pourtant un article détaillant les modalités de calcul de celle-ci. S'il ne pouvait être ainsi reproché à l'assureur un défaut d'information, il apparaissait regrettable que l'emploi de termes techniques n'ait pas permis à l'assuré de comprendre aisément le risque de baisse de la valeur de transfert.

Il est ainsi souhaitable que lesassureurs fassent preuve de pédagogie dans l'information qu'ils délivrent, y compris dans le vocabulaire employé. ●

ASSURANCE DE PERSONNES
4.B/ LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

Étude réalisée par Rivka Guetta

LE MAINTIEN DES PRESTATIONS EN CAS DE RÉSILIATION À L'INITIATIVE DE L'ASSURÉ

La résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'assuré ne peut faire obstacle au principe du maintien des prestations acquises en cours de contrat.

L'article 7 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Evin, impose aux assureurs la poursuite du versement des prestations lorsqu'un sinistre est survenu et a été indemnisé avant la résiliation ou le non-renouvellement du contrat collectif par l'assureur ou la personne morale souscriptrice.

Cette disposition est source de nombreux litiges entre les assureurs et leurs adhérents. Si le Médiateur était surtout amené à connaître des situations où l'assuré sollicitait le maintien de ses prestations à la suite d'une résiliation du contrat collectif d'assurance par l'assureur, il est désormais fréquemment sollicité dans des cas où l'assuré est lui-même à l'initiative de la résiliation de son contrat d'assurance.

Voici un exemple. Un assuré avait adhéré à un contrat d'assurance collectif de prévoyance ayant notamment pour objet le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT).
Ayant été placé en arrêt de travail en février 2018, l'assuré a bénéficié d'une prise en charge par l'assureur au titre de cette garantie.

En mars 2018, il a procédé à la résiliation de son contrat et a sollicité la poursuite du versement des indemnités journalières pour la période postérieure à la résiliation, sur le fondement de l'article 7 de la loi Evin.
L'assureur a toutefois refusé de faire droit à cette demande, en indiquant que la résiliation de l'adhésion avait mis un terme aux garanties ainsi qu'au versement des prestations.

Saisi de ce litige, le Médiateur a rappelé que le principe du maintien des prestations tel que prévu par l'article 7 de la loi Evin ne trouve à s'appliquer qu'en cas de résiliation ou non-renouvellement du contrat collectif, et non en cas de résiliation individuelle de l'adhésion par l'assuré.
Il a également rappelé que la Cour de cassation a, de longue date, érigé en principe la règle selon laquelle les prestations acquises pendant la période de validité du contrat ne peuvent être remises en cause par la résiliation de la police, et ce, dans des situations où l'article 7 de la loi Evin ne pourrait trouver à s'appliquer (Cass. 1ère civ., 13 juin 1995, n°92-1 5.595).

Ainsi, dès lors que le sinistre est survenu et a été indemnisé en cours de contrat, l'assureur ne peut s'opposer à la poursuite des prestations lorsque l'assuré est à l'initiative de la résiliation de son adhésion.

Par conséquent, après avoir relevé que l'arrêt de travail de l'assuré avait bel et bien été indemnisé par l'assureur en cours de contrat, le Médiateur l'a invité à poursuivre le versement des indemnités journalières, pour la période postérieure à la résiliation. ●



L'assureur ne peut s'opposer au maintien des prestations acquises en cours d'exécution du contrat collectif lorsque l'assuré est à l'initiative de la résiliation.

Étude réalisée par Léa Degoutte

LE RACHAT D'UN CONTRAT MADELIN EST POSSIBLE EN CAS D'EXPIRATION DES DROITS AUX ALLOCATIONS CHÔMAGE

L'ensemble des cas de rachat exceptionnel visés à l'article L.132-23 du Code des assurances, d'ordre public, s'appliquent aux contrats d'assurance retraite dits « Madelin ».



L'assuré, dont les droits aux allocations chômage octroyées à la suite d'une perte d'emploi involontaire sont venus à expiration, peut solliciter le rachat exceptionnel de son contrat d'assurance retraite Madelin.

Selon l'article L.132-23 du Code des assurances, applicable aux anciens contrats de retraite supplémentaire – qui seront à terme remplacés par le nouveau Plan d'Épargne Retraite issu de la loi PACTE* – les assurés ne peuvent demander le rachat anticipé de leur contrat qu'en cas de survenance d'événements précis et limitativement prévus par ce texte.

Dans un cas soumis au Médiateur, un travailleur non salarié avait adhéré à un contrat d'assurance retraite relevant du régime juridique et fiscal de la loi dite « Madelin ».

Devenu salarié en cours de contrat, il a fait l'objet d'un licenciement et perçu des allocations chômage. Après expiration de ses droits, il a sollicité le déblocage anticipé de son contrat sur le fondement du troisième alinéa de l'article L.132-23 du Code des assurances, autorisant le rachat exceptionnel en cas d'*« expiration des droits de l'assuré aux allocations chômage accordées consécutivement à une perte involontaire d'emploi »*.
L'assureur refusait de faire droit à la demande de l'assuré, au motif que seuls les cas de rachat visant la catégorie professionnelle des travailleurs non-salariés avaient vocation à s'appliquer aux contrats Madelin. Il indiquait ainsi qu'une autorisation expresse de l'administration fiscale était nécessaire pour lui permettre d'accepter de procéder au rachat sollicité.

Le Médiateur a préalablement souligné que le changement de situation professionnelle de l'assuré n'avait emporté aucune incidence sur le cadre législatif et fiscal de son contrat.

Il a ensuite rappelé le caractère d'ordre public de l'article L.132-23 du Code des assurances et donc l'impossibilité d'y déroger par voie conventionnelle. Or ce texte n'opère pas de distinction, concernant les cas de rachat anticipé qu'il prévoit, entre les différents contrats relevant de son champ d'application.

Le Médiateur en a ainsi déduit que l'ensemble de ces cas peuvent donner lieu au rachat anticipé d'un contrat de retraite supplémentaire, même lorsque ce dernier relève du régime juridique et fiscal de la loi Madelin.

En l'espèce, l'assuré pouvait donc valablement solliciter le rachat de son contrat, dès lors qu'il rapportait la preuve de l'expiration de ses droits au chômage accordés à la suite de son licenciement.

Dans ces conditions, le Médiateur a invité l'entreprise d'assurance à verser à l'assuré le capital constitutif de son contrat. ●



Le Médiateur invite les assureurs à accepter les demandes de rachat anticipé des contrats de retraite conclus dans le cadre de la loi dite « Madelin », lorsque l'événement en cause correspond à l'un de ceux visés à l'article L.132-23 du Code des assurances (expiration des droits au chômage, invalidité, décès du conjoint, surendettement, ...).

* Sur ce sujet voir "La sortie en capital des contrats d'assurance retraite à l'aune de la loi PACTE", p. 52.

Étude réalisée par Morgane Viarnaud

LA FACULTÉ DE RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE DE PRÊT À LA CONSOMMATION

La faculté de résiliation d'un contrat d'assurance garantissant un crédit immobilier a, dernièrement, fait l'objet de nombreuses évolutions juridiques. Le Médiateur a été saisi de la question de la résiliation d'un contrat garantissant un crédit à la consommation.

La saisine du Médiateur vise la résiliation d'un contrat d'assurance ayant pour objet de garantir le remboursement des échéances d'un prêt à la consommation. En l'espèce, après avoir adhéré à ce contrat, l'assuré a sollicité sa résiliation auprès de l'assureur.

Pour refuser de faire droit à cette demande de résiliation, l'assureur a considéré que les articles L.113-12 et L.113-12-2 du Code des assurances, prévoyant des facultés de résiliation du contrat pour l'assuré, ne s'appliquaient pas aux contrats d'assurance de groupe garantissant le remboursement d'un crédit à la consommation.
En effet, ce professionnel a estimé que, par application de l'article 1212 du Code civil, un contrat à durée déterminée doit être exécuté jusqu'à son terme. Autrement dit, l'assuré ne disposerait d'aucune faculté de résiliation du contrat d'assurance et celui-ci prendrait fin lorsque l'opération de crédit arriverait à son terme.

Pour mémoire, l'article L.113-12 du Code des assurances dispose que : *« La durée du contrat et les conditions de résiliation, particulièrement le droit pour l'assureur et l'assuré de résilier le contrat tous les ans, sont fixées par la police. Toutefois, l'assuré a le droit de résilier le contrat à l'expiration d'un délai d'un an, en adressant une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique à l'assureur au moins deux mois avant la date d'échéance de ce contrat. (...) Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie »*.

Si cet article, prévoyant une faculté de résiliation annuelle, semble applicable aux assurances non-vie, comme l'assurance emprunteur, la Cour de cassation a, à plusieurs reprises, considéré que cette faculté ne pouvait s'appliquer à l'assurance emprunteur d'un crédit immobilier.

En réaction à cette jurisprudence, le législateur est intervenu par la loi Hamon du 21 février 2017 en affirmant la possibilité de résilier annuellement l'assurance emprunteur de crédit immobilier pour tous les contrats conclus avant comme après son entrée en vigueur.

L'assurance du crédit à la consommation n'est quant à elle l'objet d'aucune règlementation spéciale après sa souscription. Cette absence conduit à appliquer le droit commun de l'assurance et donc les facultés de résiliation communes à tous les contrats d'assurance qui ne font pas l'objet de règles spécifiques. Par suite, la faculté de résiliation annuelle de l'article L.113-12 du Code des assurances apparaît bien être applicable à l'assurance du crédit à la consommation. ●



Le Médiateur considère qu'un assuré peut valablement procéder à la résiliation annuelle de son contrat d'assurance souscrit en couverture d'un crédit à la consommation.

Étude réalisée par Colleen Cupiti

L'ASSUREUR NE PEUT EXIGER LA DÉLIVRANCE DE DOCUMENTS MÉDICAUX SI LE BÉNÉFICIAIRE N'EST PAS UN AYANT DROIT

Lorsqu'un bénéficiaire sollicite le versement d'un capital décès, l'assureur peut demander la transmission de documents médicaux afin de vérifier que les conditions de garantie sont remplies et que l'assuré n'a commis aucune fausse déclaration à l'adhésion. Toutefois, si le bénéficiaire n'est pas un ayant droit de l'assuré, il se heurte au secret médical.



Le Médiateur invite le législateur à envisager, pour la levée du secret médical, le cas particulier des bénéficiaires de contrats d'assurance-vie n'ayant pas la qualité d'ayants droit, de concubin, ou de partenaire PACS de l'assuré décédé.

Lors du décès de l'assuré, il appartient au bénéficiaire qui sollicite le versement du capital décès d'apporter la preuve que les conditions de versement du capital sont réunies, en démontrant notamment que la cause du décès entre dans le champ de la garantie contractuelle.

À l'inverse, lorsque l'assureur présume une déclaration inexacte du risque par l'assuré, il lui appartient de la prouver. Si les moyens de preuve à sa disposition sont libres, il n'est pas rare qu'il sollicite du bénéficiaire la communication de pièces médicales, faisant état d'éventuels antécédents médicaux.

La transmission de ces éléments peut toutefois s'avérer difficile lorsque le bénéficiaire du contrat n'a pas la qualité d'ayant droit de l'assuré. En effet, aux termes de l'article L.1110-4 du Code de la santé publique, seuls les ayants droit de la personne décédée, son concubin ou son partenaire PACS peuvent solliciter d'un professionnel de santé la levée du secret professionnel.

Dans un cas d'espèce soumis au Médiateur, un bénéficiaire réclamait le versement d'un capital décès au titre d'un contrat d'assurance auquel avait adhéré son ancienne épouse.

Le contrat subordonnait le versement du capital à la transmission d'un certificat médical précisant la maladie à l'origine du décès de l'assurée, ainsi que sa date de première constatation.

Le bénéficiaire avait alors communiqué à l'assureur un document mentionnant la maladie à l'origine du décès. Néanmoins, n'ayant pas la qualité d'ayant droit de l'assurée décédée, il ne pouvait se rapprocher du médecin traitant de cette dernière afin d'obtenir un certificat indiquant la date de première constatation.

En l'absence de communication des pièces requises par le contrat, l'assureur avait donc refusé de lui verser l'intégralité du capital décès.

Face à cette impasse, le Médiateur a considéré que la clause prévoyant la transmission d'un tel certificat médical était inopposable au bénéficiaire non ayant droit.

En effet, une telle clause a pour effet d'imposer au bénéficiaire une violation des règles liées au secret médical.

Aussi a-t-il été relevé que le bénéficiaire avait transmis à l'assureur un document démontrant que les conditions de la garantie étaient remplies. Ainsi, seul l'assureur, qui présumait une fausse déclaration lors de l'adhésion, avait un intérêt légitime à obtenir de tels documents médicaux.

Le Médiateur a donc invité l'assureur à solliciter des ayants droit de l'assurée décédée la levée du secret médical et, en cas de refus de leur part, à solliciter en justice la désignation d'un expert. À défaut, le Médiateur a invité l'assureur à verser le capital décès au bénéficiaire désigné. ●



Le Médiateur invite les assureurs à étudier toutes les voies, judiciaires ou non, leur permettant d'obtenir communication des pièces médicales, sans imposer au bénéficiaire non ayant droit une violation des règles du secret médical.

5

LA CHARTE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

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 assuré à un assureur ou un intermédiaire portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit.

Les entreprises d'assurance membres de la FFA sont tenues d'adhérer à ce dispositif.

La Médiation de l'Assurance peut intervenir par accords particuliers passés pour des périodes minimales reconductibles de trois ans entre l'association :

- **et les entreprises d'assurance membres de la FFA qui le souhaitent :**
  - **dans les litiges entre les assureurs et un tiers bénéficiaire d'une garantie ou d'une prestation d'assurance ;**
  - **dans les litiges portant sur une assurance professionnelle à l'exclusion des grands risques au sens du Code des assurances ;**

- **et des entreprises d'assurance non membres de la FFA qui opèrent sur le marché français en liberté d'établissement ou en libre prestation de service, dès lors que ces entreprises s'engagent à respecter la charte de la médiation ;**

- **et les organisations professionnelles représentatives d'intermédiaires d'assurance qui adhéreraient pour le compte de leurs adhérents et des intermédiaires d'assurance qui adhéreraient à titre personnel.**

L'association facilite l'accès des assurés à la Médiation en mettant à leur disposition un site internet qui fournit un accès à la liste des entreprises d'assurance adhérentes au dispositif et aux accords particuliers ; il permet également de saisir en ligne une demande de médiation.

LE DISPOSITIF DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EST DÉFINI PAR LES 10 RÈGLES SUIVANTES :

1) Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance et dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission.

2) Le recours au Médiateur est gratuit pour le consommateur. La procédure de médiation est une procédure écrite et confidentielle.

3) La saisine du Médiateur de l'Assurance suspend le délai légal de prescription.

4) Le Médiateur de l'Assurance peut être saisi si :
- l'assuré justifie avoir tenté au préalable de résoudre son litige directement auprès de son assureur par une réclamation écrite, selon les modalités prévues le cas échéant dans son contrat ;
- aucune action n'a été ou n'est engagée ; il doit se dessaisir si une action judiciaire a été intentée au cours de l'instruction du dossier. En cas de demande manifestement infondée ou abusive, le Médiateur de l'Assurance est libre de se dessaisir et en informe les parties.

5) En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré au sujet des mesures à prendre pour régler un différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi, par accord écrit de la société d'assurance et de l'assuré, en tant que tierce personne au titre de l'article L.127-4 du Code des assurances.
Le Médiateur est notamment compétent en matière de litige sur les cas et conditions de résiliation prévus par le Code des assurances, mais ne peut être saisi de l'appréciation de l'opportunité d'une résiliation. Lorsqu'une action en justice a été intentée par le, pour le, ou au nom de l'assuré dans le cadre d'une clause de défense-recours ou d'une assurance de protection juridique, le Médiateur n'est pas compétent pour examiner si le procès a été bien mené ou si une voie de recours judiciaire mérite d'être exercée.

6) Les entreprises et intermédiaires d'assurance disposent d'un délai maximum de cinq semaines pour répondre aux demandes d'informations ou de documents émanant du Médiateur de l'Assurance.

7) Après réception du dossier complet, le Médiateur de l'Assurance rend un avis motivé dans les quatre-vingt-dix jours au vu des pièces qui lui ont été communiquées. Dans les cas exceptionnels où ce délai se révèle insuffisant, il en informe, de façon motivée, les deux parties.

8) Dans tout avis rendu par le Médiateur de l'Assurance, il est précisé qu'il a été établi en considération d'éléments de droit ou d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable. Les parties sont informées que l'avis rendu peut être différent de la décision d'un tribunal appliquant les dispositions légales.

9) L'avis ne lie pas les parties. Le Médiateur de l'Assurance informe les assurés qu'ils conservent le droit de saisir les tribunaux. La décision de ne pas suivre l'avis du Médiateur doit obligatoirement être portée à sa connaissance, par un courrier émanant de la direction générale de l'entreprise.

10) Le Médiateur de l'Assurance publie un rapport annuel qui rend compte de son activité.

Source : Association La Médiation de l'Assurance - Juin 2016

6

AU NIVEAU INTERNATIONAL

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE À L' INTERNATIONAL

La médiation française de l'assurance est présente au sein des réseaux FIN-NET et INFO depuis leur création, respectivement en 2001 et 2007.

En Europe, le réseau FIN-NET a été créé par la Commission européenne dans le double but 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 règlements des litiges transfrontaliers.

Ce réseau regroupe 60 membres de 27 pays, qui se réunissent deux fois par an. Ces réunions sont l'occasion d'échanger sur les pratiques et expériences et de partager les informations.

Par ailleurs, le Médiateur de l'Assurance a accueilli cette année une représentante du secteur financier italien, expert au sein de la Division de la coordination de la médiation bancaire et financière de la Banque d'Italie.

Cette réunion a été l'occasion d'échanger sur les meilleures pratiques en matière de médiation financière et de partager l'expertise technique de chacun.

Sur le plan international, depuis janvier 2013, le Médiateur de l'Assurance est membre du réseau INFO (International Network of Financial services Ombudsman) qui regroupe des médiateurs financiers (banque, finance, assurance) du monde entier. Ce réseau enregistre aujourd'hui 58 membres, dans 38 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.

7

ANNEXES

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. ●

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.

ACPR

- Recommandation 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, modifiée le 6 décembre 2019
  https://acpr.banquefrance.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.

- **« Assurance : comment agir en cas de litige »**
  Paris Match, 12-18 décembre 2019.

- **« Les bons réflexes face à une expertise »**
  Paris Match, 27 septembre–3 octobre 2018, p. 122.

- **« Résoudre les litiges en parfaite équité »**
  Profession CGP, juillet–août–septembre 2018, p. 74.

- **« La Médiation de l'Assurance »**
  Gazette du Palais, n°18, mai 2017, p. 56.

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

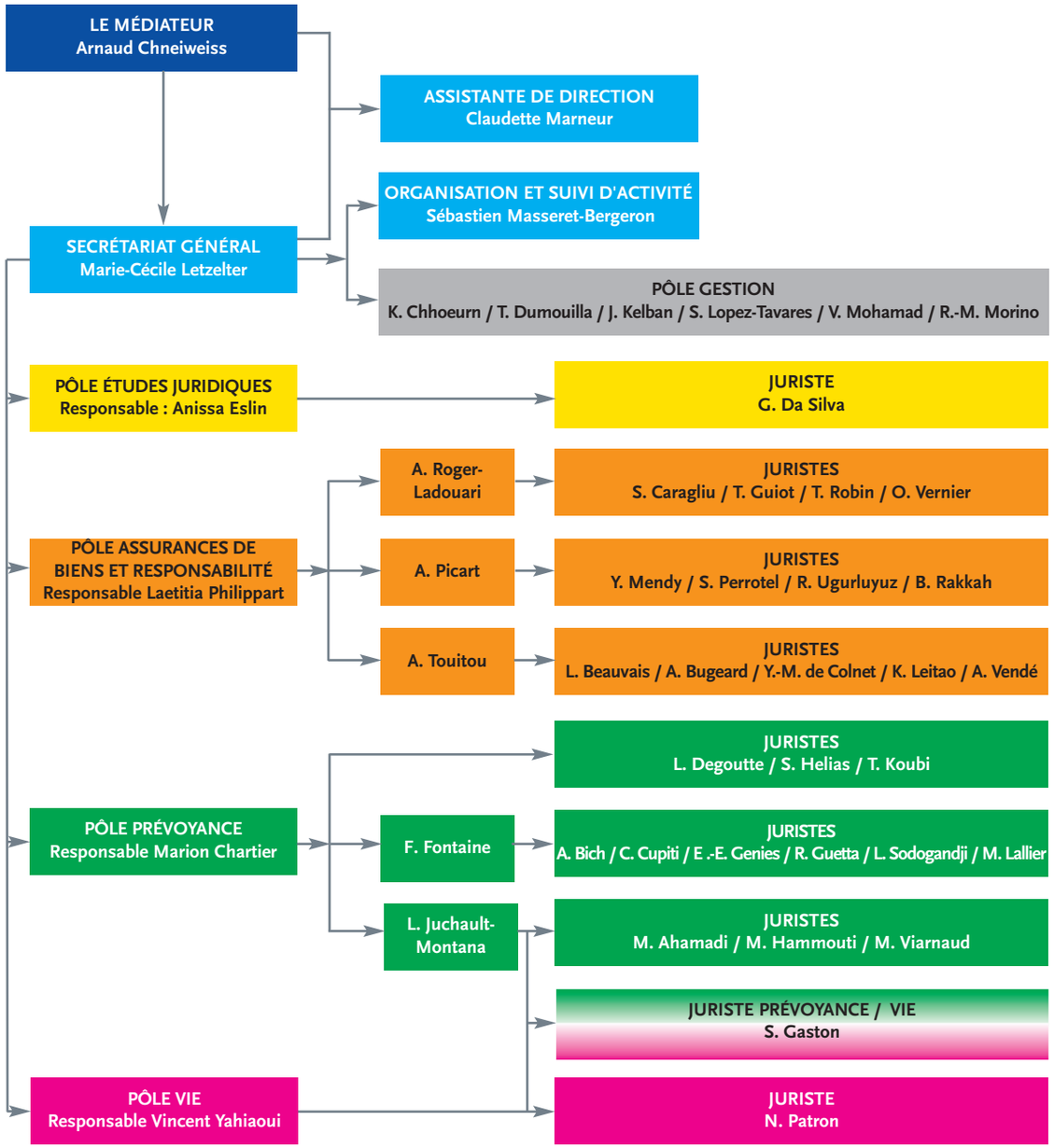
- **Club des médiateurs de Services au Public**
  clubdesmediateurs.fr

- **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

ORGANIGRAMME DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE





De gauche à droite : **Vincent YAHIAOUI,** Responsable du pôle vie**, Marie-Cécile LETZELTER,** Secrétaire générale, **Laetitia PHILIPPART,** Responsable du pôle assurances de biens et responsabilité**, Arnaud CHNEIWEISS,** Médiateur de l'Assurance, **Laura JUCHAULT-MONTANA,** Juriste Référente du pôle prévoyance**, Aude PICART,** Juriste Référente du pôle assurances de biens et responsabilité**, Sébastien MASSERET-BERGERON,** Responsable organisation et suivi d'activité.

Organigramme de LMA au 1er septembre 2020. À compter du 24 septembre 2020, Aude Picart a succédé à Laetitia Philippart en tant que Responsable du pôle assurances de biens et de responsabilité.

A

Adhésion en ligne 40 55

Antécédents médicaux 55 70

Assistance 12 50

Assurance automobile 9 10 12 36 45

Assurance décès 9 63 68

Assurance emprunteur 10 15 55 58 60 62 69

Assurance habitation 36 42 43 45 50

Assurance temporaire décès 63 65

Assurances affinitaires 36 40

Assurance-vie 56 60 63 69 70

Automobile 9 10 12 36 45

Ayant droit 70

B

Bénéficiaire 9 70

C

Capital 8 52 56 62 68 70

Capital décès 70

Charge de la preuve 14

Chômage 52 53 68

Condition de garantie 10 13 40 55 70

Conditions générales 38 40 42

Contrat collectif/groupe 40 52 60 67 69

Contrat mixte 9 38 63 64

Contrat obsèques 8 63

Courtier 64 7 9 43 56

D

Déblocage anticipé 52 68

Décès 9 58 63 68 70

Déchéance de garantie 49

Déclaration de sinistre 49

Défaut de paiement 37 38

Devoir de conseil 8 9 42 43 45 56

E

Emprunt 10 15 55 58 60 62 69

Engin de déplacement personnel (EDPM) 45

Epargne 8 9 52

Equité 60 64 68 10 75 80

Exclusion 11 12 14 40 44 55

Expert 9 10 11 12 15 48 49 50 70

F

Fausse déclaration 15 49 70

Fraude 15 49

H

Habitation 36 42 43 45 50

I

Incapacité temporaire de travail 10 58 67

Indemnisation 7 15 47 48 49 58 62

Indemnité 36 68

Indemnité de résiliation 38

Indemnité différée 68

Indemnités journalières 58 67

Information 14 40 42 43 55 56 60 63 64

Intermédiaire 7 9 40 42 56

L

Loi Evin 67

Loi Madelin 52 68

Loi Pacte 52 68

M

Madelin 52 68

MRH 36 42 43 45 50

N

Négligence 44

Notice d'information 14 40 55 65

O

Obligation d'information 41 43 63 64

Obsèques 8 63 64

P

PER 8 52 68

PERP 8 52

Perte d'emploi 52 53

68
Plafond de garantie 62
Prestation 50 58 67
Prêt *"in fine"* 62
Preuve de l'information 40 43 55 63 65
Preuve du sinistre 13 47 50 68 70

R

Rachat 8 52 56 60 68
Réclamation 7 63 75
Rédaction du contrat 10 44 58
Rente 8 10 52 64
Résiliation 14 36 67 69 75
Restriction de garantie 40 55
Retraite 8 52 58 64 65 68

S

Santé 14 15 36 58 70
Secret médical 70
Signature électronique 55
Souscription 8 9 10 15 36 40 42 43 55 57 63 65 69
Souscription en ligne 40 55
Support durable 36 40

T

Trottinette électrique 45

V

Versement des prestations 48 52 58 65 67 70
Vol 12 44 45 47 49

INDÉPENDANCE
Neutralité Gratuité Compétence
Empathie
CONFIDENTIALITÉ
Transparence
Impartialité Expertise
Efficacité Équité

La Médiation de l'Assurance éditeur
TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 — ISSN 2556-9457 — Septembre 2020
Photos : Couverture Ryoji Iwata (Unsplash) / p. 5 Marthe Lemelle, D.R. / p. 7 Seignettelafontan, D.R. / 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





septembre 2020 / yves@castelli.com