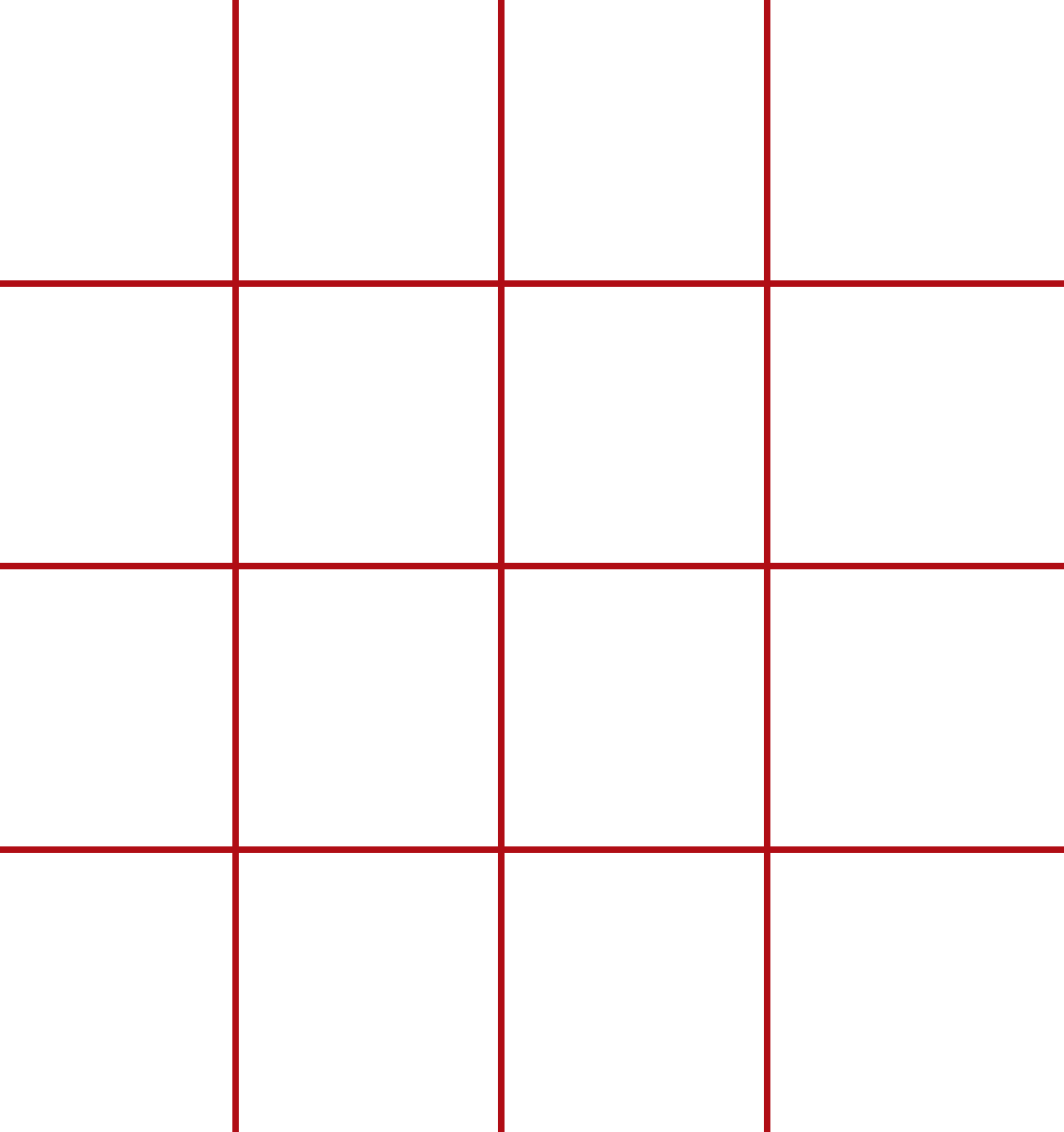
LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2018





RAPPORT D'ACTIVITÉ 2018

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT p.5

LE MOT DU MÉDIATEUR p.7

LES 10 POINTS D'ATTENTION DU MÉDIATEUR p.19

1. ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

1.A/ LE CONTRAT

1) La clé du problème p.27
2) Les frontières du contractuel p.28
3) À l'insu de son plein gré p.29
4) Pas de question, pas d'aggravation p.30
5) Signer n'est pas jouer p.32
6) Aléa *jacta est* p.34
7) Tombé dans le panneau p.35
8) Une signature, s'il vous plaît p.36
9) Branchez les guitares, ajustez le contrat p.37

1.B/ LE SINISTRE

1) Badinter *for ever* p.39
2) Une catastrophe peut en cacher une autre p.40
3) L'homme pressé p.41
4) Carton rouge en l'absence d'arbitre p.42
5) Double effet *Kiss cool* p.43
6) Accord final en sol majeur (G-Dur) p.44
7) Chambre avec vue p.45
8) Donner c'est donner, reprendre c'est voler p.46

2. ASSURANCE DE PERSONNES

2.A/ LE CONTRAT

1) Hara-kiri sur la garantie p.49
2) Bière ou vin : il faut choisir p.50
3) Le comble de l'assureur p.51
4) Un assuré averti en vaut deux p.52
5) Un fixe très variable p.53
6) Le compte est bon p.54
7) Il n'y a pas de petite infidélité p.56
8) Des limites de l'impressionnisme p.57
9) Des questions tu apprendras à formuler p.58
10) Informer ou laisser courir p.59
11) Qui gagne perd p.60
12) Allô ! Maurice ? p.61

2.B/ LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

1) *Dependence Day* p.63
2) L'une ne va pas sans l'autre p.64
3) Sans famille mais non sans preuve p.66
4) Terrain glissant p.68
5) Médecins sans frontières p.69
6) Tu ne tueras point p.70
7) Brigitte Bardot, Bardot p.71
8) *Fructus et terminus* p.72
9) Pas de choix tue le choix p.73
10) Tic tac p.74
11) Trop tard c'est très vite p.75

3. LES CHIFFRES p.77

4. L'INTERNATIONAL p.89

5. LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC p.93

6. ANNEXES

Charte de La Médiation de l'Assurance p.98
Textes de référence p.101
Schéma de saisine p.102
Adresses utiles p.103
Organigramme de La Médiation de l'Assurance p.104

7. INDEX p.106

Francis AMAND

Président de
La Médiation de l'Assurance

Président de l'Institut national
de la consommation

Conformément à sa charte, la profession accompagne l'activité croissante de La Médiation de l'Assurance (LMA) en mettant à sa disposition les « concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission ».

À cet égard, le secteur de l'assurance est exemplaire. L'unicité de sa médiation garantit sa visibilité et les moyens dédiés participent pour beaucoup à son succès.

Naturellement, cette dépense de la profession répond à la volonté de l'Europe de mettre à la disposition des consommateurs une Résolution extrajudiciaire de leurs litiges (REL). Mais ce véritable investissement lui permet en même temps de mieux connaître les dysfonctionnements auxquels les assurés se heurtent encore trop souvent.

Pour en éviter la répétition, le Médiateur – Philippe Baillot – assortit, dans le présent rapport, chacune de ses observations de recommandations pratiques à l'attention des assurés, des professionnels et du législateur. Leur présentation didactique, sous forme de 40 cas pratiques, favorise leur perception et leur appropriation par tous les intéressés.

La croissance continue de LMA appelle par ailleurs une attention constante sur l'efficience de son activité.

L'accroissement des saisines par voie électronique, la généralisation d'une plateforme informatique d'échanges avec les parties, l'intégration par les entreprises de la « jurisprudence » de LMA… constituent autant de voies pour accroître l'efficacité du process de médiation.

Pour poursuivre l'amélioration de ses prestations à l'attention des consommateurs, LMA travaille à intégrer progressivement les technologies d'Intelligence Artificielle, dans le respect des principes fondamentaux de la médiation. Ce nouveau développement fera de LMA un moteur de l'évolution de la profession, en particulier par la rationalisation, au service d'un plus grand nombre de personnes comme de situations, de son vocabulaire parfois abscons.

Je sais que tous les collaborateurs de La Médiation de l'Assurance sont pleinement investis pour répondre toujours mieux aux attentes des assurés, et je les en remercie. ■

Pour son troisième exercice, *La Médiation de l'Assurance* (LMA) a vu ses saisines recevables continuer de croître (+13 %). Cette évolution illustre l'acclimatation de ce mode alternatif de résolution des litiges au sein du secteur de l'assurance.

Les premières analyses des organisations et, plus généralement, du phénomène bureaucratique, mettaient, jadis, en évidence leur capacité à dénier toute légitimité aux « réclamations » de leurs « assujettis ». Les rares saisines étaient alors vues comme des agressions, venant sans fondement mettre en cause l'efficience d'un système tourné sur lui-même, et par essence, parfait. Ces temps sont heureusement révolus.

Le consommateur a désormais une claire conscience d'être au cœur du système. L'explosion des réseaux sociaux est venue renforcer cette révolution. Ils le dotent, en particulier, d'une capacité entièrement nouvelle à communiquer.

Pour les entreprises et intermédiaires d'assurance, les réclamations ne s'apparentent donc plus à de la poussière à glisser discrètement sous le tapis. Au contraire, leur examen constitue désormais un précieux indicateur des difficultés rencontrées par leurs clients et des dysfonctionnements générés par leur organisation : un véritable *must.* Leur traitement ne constitue, dès lors, plus un coût, mais un investissement.

LMA s'inscrit précisément dans cette approche.

❄
❄ ❄

Dans une logique d'apaisement, LMA propose aux consommateurs d'assurance une offre unique de médiation. Cette unicité garantit visibilité et lisibilité. Elle s'accompagne surtout d'une exemplaire acceptation systématique d'entrer en médiation, de la part des professionnels de l'assurance, adhérents à la Charte de LMA.

En pratique, LMA a élaboré 2.543 « propositions de solution » et 904 lettres de préconisation, offrant une issue pratique immédiate aux difficultés rencontrées par les consommateurs. Elle a présidé à 404 accords entre les parties, publié de multiples articles et animé nombre de conférences pour éclairer les consommateurs et professionnels de l'assurance.

Conformément aux termes de la réglementation européenne, LMA a également suggéré au législateur des améliorations à apporter aux textes régissant le secteur de l'assurance. À cet égard, je ne peux que saluer la reprise explicite, dans la loi Pacte[1], de ma suggestion de modification de l'article L.132-23-1 du Code des assurances, relatif au délai imparti aux entreprises pour procéder à la demande des pièces nécessaires au versement d'un capital, au lendemain de la disparition de l'assuré.



Philippe BAILLOT
Le Médiateur de l'Assurance

(1) Projet de loi relatif à la croissance et la transformation des entreprises, séance du jeudi 31 janvier 2019 (Sénat).

De l'alignement de LMA aux besoins des consommateurs découle une croissance continue de son activité. Celle-ci consiste d'abord à élaborer toujours plus d'avis (+ 24 %), en réponse aux saisines des assurés **(1.)**. Elle vise ensuite à informer le marché des dysfonctionnements observés pour en éviter le renouvellement. Aussi cet éclairage s'accompagne-t-il de recommandations aux assurés, aux professionnels et au législateur **(2.)**.

❄
❄ ❄

1. LA DÉLIVRANCE D'AVIS

La fonction première d'une médiation de la consommation est de répondre aux saisines des consommateurs.

Une médiation de la consommation ne cherche pas, à l'image des médiations judiciaires ou familiales, à conduire les parties à faire émerger elles-mêmes la voie d'une solution à leur différend. Elle est dite « aviseuse », en ce qu'elle doit nécessairement élaborer une « proposition de solution ».

Pour autant, les parties ne peuvent acquiescer à cette solution que si elles ont la certitude d'avoir vu leurs arguments écoutés et analysés. À cette fin, les avis de LMA sont volontairement longs (en moyenne plus de quatre pages) et leur rédaction élaborée surtout à l'attention de la partie qui succombe (assuré ou assureur). Celle-ci doit se voir expliciter la motivation conduisant au non suivi de ses prétentions ou attentes. Et ce, en termes intelligibles pour elle.

Dans son premier rapport d'activité, la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) souligne la fausse bonne idée de voir les entreprises accepter par avance toute proposition du médiateur. En effet, *« la liberté des parties d'accepter ou de refuser une médiation contribue à renforcer le positionnement du médiateur en tant que tiers neutre »*[(2)].

En ce sens, la Charte de LMA prévoit que l'éventuelle décision d'un professionnel de ne pas suivre l'avis du médiateur doit simplement « *être portée à sa connaissance, par un courrier émanant de la direction générale de l'entreprise* »[(3)].

Aussi, le fait que mes « propositions de solution » soient contestées dans moins de 0,5 % des cas revêt une importance cruciale.

Cette proportion illustre la réalité de l'écoute des parties et les efforts de pédagogie dans l'élaboration des avis. Naturellement, j'ai une pleine conscience que la lisibilité des avis n'est jamais un fait acquis et doit, avec humilité, être l'objet d'efforts toujours renouvelés.

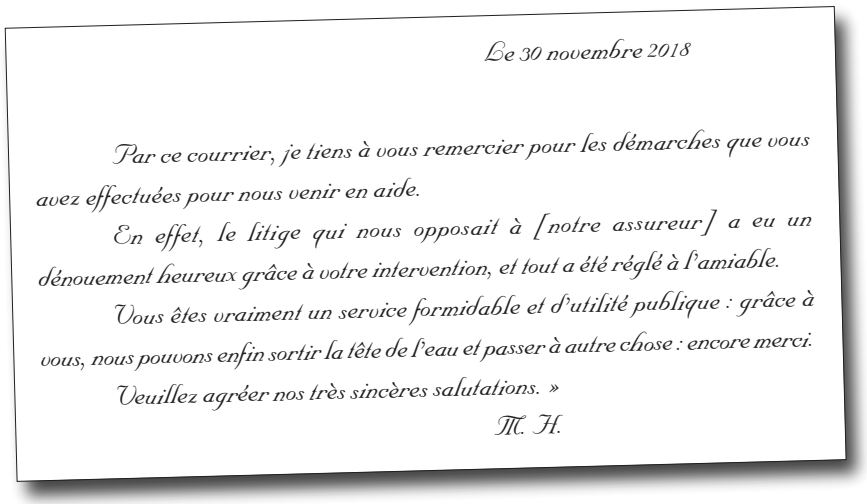
Au regard du nombre de saisines (15.389 en 2018) et de l'absence induite de contact physique

(2) Rapport d'activité 2016-2017 de la CECMC, p.25.
(3) Charte de la Médiation de l'Assurance, article 9 (cf. p. 100 du présent rapport)

avec les consommateurs, il importe de garder présent à l'esprit qu'il y a derrière chaque dossier un assuré, une personne physique parfois plongée dans de profondes difficultés, voire le malheur.

Derrière chaque dossier, il y a un assuré.

Chaque lettre de remerciement reçue représente un encouragement incomparable. Aussi toutes les réunions de LMA commencent-elles par la lecture d'une de ces lettres pour rappeler aux collaborateurs le sens de leur activité et la dimension humaine de chacun de nos dossiers.



Le 30 novembre 2018

Par ce courrier, je tiens à vous remercier pour les démarches que vous avez effectuées pour nous venir en aide.

En effet, le litige qui nous opposait à [notre assureur] a eu un dénouement heureux grâce à votre intervention, et tout a été réglé à l'amiable.

Vous êtes vraiment un service formidable et d'utilité publique : grâce à vous, nous pouvons enfin sortir la tête de l'eau et passer à autre chose : encore merci.

Veuillez agréer nos très sincères salutations. »

M. H.

❄

❄ ❄

UNE ATTENTE ACCRUE DE PÉDAGOGIE ET DE CÉLÉRITÉ

Le quotidien d'une médiation de la consommation est fait de l'analyse de difficultés rencontrées par des consommateurs dans le passé.

Cette observation au travers d'un rétroviseur permet néanmoins de dégager des constantes : répondre aux attentes réelles et non présumées du client, voire les anticiper, constitue la seule source d'une relation commerciale fructueuse.

L'ère des produits complexes, vendus aux assurés sans qu'ils appréhendent clairement les bénéfices qu'ils pourront en retirer, est révolue. Les souscripteurs souhaitent désormais se voir proposer des produits simples, compréhensibles et adaptés à leur mode de vie.

« *Et en même temps* », l'hyperpersonnalisation est devenue la norme. Aussi revient-il à l'assureur d'accompagner son souscripteur et non plus à l'assuré de trouver le contrat qui répondra le mieux à ses besoins. L'offre assurantielle doit être individualisée et adaptée aux changements continus au cours de la vie du consommateur.

L'offre assurantielle doit être individualisée.

Les souscripteurs souhaitent accéder facilement aux informations et aux conseils qui les

intéressent tout au long du cycle de vie de leur contrat. Aussi les nouvelles attentes des assurés passent-elles par une formulation aisée à comprendre et surtout accessible. Seule une rédaction contractuelle simple, complète et précise permettra d'éviter des incompréhensions sources de litiges.

À l'ère du numérique, le consommateur s'attend à être à trois clics de sa réponse. Aussi sa tolérance aux retards de gestion s'émousse-t-elle. À cet égard, l'extrême technicité et le juridisme des problématiques d'assurance induisent un porte-à-faux.

L'évolution des *desiderata* des assurés se ressent également dans leur relation à la médiation. Ainsi ce besoin de personnalisation et de réactivité est-il perceptible dans l'attente par le consommateur sur les modalités de gestion de sa saisine. Le réclamant sollicite une réponse rapide et circonstanciée à son litige. D'autant qu'avant de me saisir, il se sera largement documenté – sur la toile, auprès de conseils ou d'associations de consommateurs – et nombre d'arguments juridiques auront déjà été soulevés.

L'extrême rareté de la saisine des tribunaux au lendemain d'un avis de LMA constitue un très bel encouragement.

Le différend ne sera désamorcé que si j'apporte une réponse argumentée, personnalisée dans une formulation didactique. Aussi est-il de ma responsabilité, après avoir écouté les parties, d'apporter les explications approfondies, légitimement attendues, seules propres à permettre une réelle appréhension de la solution proposée et à mettre fin au litige. L'extrême rareté de la saisine des tribunaux au lendemain d'un avis de LMA constitue, à cet égard, un très bel encouragement.

❄
❄ ❄

2. L'INFORMATION DU MARCHÉ

La seconde fonction d'une médiation de la consommation consiste à alerter le marché sur les dysfonctionnements observés pour en éviter la répétition.

Ces cas pratiques visent à éclairer sur des difficultés récurrentes.

En effet chaque année, de nouveaux dysfonctionnements se révèlent : en assurance de biens et responsabilité *(p.25)* et en assurance de personnes *(p.47)*. L'exposé de ces cas pratiques vise donc à éclairer, tant les assurés que les professionnels, sur des difficultés récurrentes.

L'identification de ces manquements ou mauvaises pratiques s'accompagne de suggestions d'actions correctives dans le comportement des assurés **(2.1)** et, surtout, dans la rédaction des contrats et les pratiques des entreprises et intermédiaires d'assurance **(2.2)**, voire dans notre législation **(2.3).**

Pour autant, mes recommandations antérieures conservent leur actualité. Leur justification ne saurait, au demeurant, disparaître plus rapidement que l'évolution du comportement des deux parties au contrat d'assurance, avec une circonstance aggravante : l'exceptionnelle pérennité des

contrats souscrits et, par suite, de leurs éventuels défauts, parfois sur des décennies (particulièrement en assurance-vie ou en prévoyance).

Cette particularité est comme adoucie par la loyauté attendue des parties au contrat d'assurance : un contrat d'« *extrême bonne foi* »[4]. Cette exigence doit naturellement être satisfaite tant par les assurés que par les professionnels.

2.1 – DES RECOMMANDATIONS AUX ASSURÉS

Chaque phase de la relation contractuelle – de la lecture du contrat à la déclaration d'un sinistre, en passant par celle du risque – offre l'occasion de recommandations récurrentes au consommateur d'assurance.

"Lire, encore lire, toujours lire"...

La lecture du contrat

La première source de litiges reste l'absence de lecture – jusqu'à la plus cursive – par l'assuré de son contrat. Dans un monde idéal, cette absence pourrait s'interpréter comme une preuve de la plus belle des confiances. Les assurés semblent souvent découvrir les conditions de garantie ou les exclusions de couverture au moment du sinistre. Simplement, ils reprochent alors à l'assureur un manquement à son obligation d'information et de conseil.

Or, dès lors que ces informations figurent clairement au sein du contrat, je dois régulièrement rappeler aux assurés que le devoir d'information et de conseil trouve sa limite dans leur obligation de prendre connaissance des dispositions de leur contrat[5].

Le site américain de comparateur de contrats d'assurance *Tin Leg* a savoureusement illustré cette absence de lecture en offrant à une assurée la somme de 10.000 dollars pour avoir simplement lu jusqu'au bout les conditions générales de sa police d'assurance.

Ainsi appartient-il au souscripteur de prendre connaissance des dispositions de son contrat avant d'y apposer sa signature.

Naturellement, cette absence de lecture est favorisée par l'objective complexité et la dimension éminemment juridique des opérations d'assurance, et par la pratique addictive du net semblant rapprocher notre capacité d'attention de celle d'un poisson rouge[6].

L'amélioration réelle de la rédaction et de la présentation de l'immense majorité des contrats, doublée de la remise de documents de synthèse, reste insuffisante. L'urgence demeure de développer des solutions – outils informatiques d'aide à la décision, I.A.[7], *legal design* à l'anglo-saxonne, ou encore le paraphe de chaque page du contrat, jusqu'au *Pay to read* ! – pour garantir l'adéquation des garanties souscrites aux véritables besoins du consommateur.

À défaut, le hiatus actuel entre les parties au contrat d'assurance pourrait se transformer en véritable divorce.

(4) Picard M. et Besson A., *Traité général des assurances terrestres*, t. I, LGDJ, 1938, n°110, p.214.
(5) *Signer n'est pas jouer* (p.32 du présent rapport)
(6) Patino B., *La civilisation du poisson rouge, Petit traité sur le marché de l'attention*, éditions Grasset.
(7) Intelligence Artificielle

La déclaration du risque

À la souscription du contrat, l'assureur apprécie le risque à garantir à l'aide d'un questionnaire soumis à l'assuré. Son questionnement doit être précis et exhaustif. Il doit permettre au souscripteur de répondre exactement.

Trop souvent, l'assuré évalue mal l'importance de ces demandes. En assurance de personnes par exemple, il va omettre de déclarer une pathologie chronique « *maîtrisée* », telle que l'hypertension ou le diabète, l'estimant « *bénigne* ».

Or, ces pathologies peuvent avoir une incidence sur l'appréciation, par le médecin conseil de l'assureur, de l'état de santé de l'assuré.

Dès lors, si l'assuré ne signale pas une pathologie ou un traitement, alors même qu'une question lui a été posée à ce sujet, l'assureur peut, à juste titre, pour la protection de la mutualité, diminuer le montant de l'indemnité due en cas de sinistre – voire, si l'assuré est de mauvaise foi, prononcer la nullité du contrat d'assurance.

Le caractère gagnant-gagnant d'une déclaration exacte.

Plus généralement, pour limiter le coût de l'assurance, la déclaration du risque n'est l'objet d'une analyse approfondie qu'*ex post*. Les consommateurs doivent mieux appréhender cette caractéristique et le caractère gagnant-gagnant d'une déclaration exacte du risque garanti.

La déclaration du sinistre

À propos de la déchéance, toujours pour fausse déclaration, cette fois à l'occasion d'un sinistre, j'attire l'attention des assurés sur l'impérieuse nécessité de se montrer le plus rigoureux et précis possible au moment de procéder à sa déclaration.

En particulier, elle ne doit jamais être faite dans une fausse urgence, afin d'éviter de se voir opposer une fausse déclaration. Dans cette hypothèse, l'assureur se prévaut parfois d'une clause de déchéance, privant l'assuré de son droit à garantie, en raison de l'inexactitude de la déclaration effectuée. La Cour de cassation est récemment intervenue[8] pour préciser qu'une telle déchéance est conditionnée à la démonstration de la mauvaise foi de l'assuré. Pour autant, l'existence de déclarations contradictoires ou exagérées sera source de litiges.

Aussi, lorsque l'assuré n'est pas certain de la réponse à apporter à une question de l'assureur, il lui incombe, pour la préservation de ses droits, de ne pas communiquer d'informations trop approximatives et de se reporter méticuleusement aux éléments en sa possession.

❄
❄ ❄

(8) Cass., civ. 2e, 5 juillet 2018, n°17-20.488.

2.2 – DES PRÉCONISATIONS AUX PROFESSIONNELS

Pour accroître la satisfaction des assurés et donc *in fine* des entreprises et intermédiaires d'assurance, il me revient d'identifier les manquements et mauvaises pratiques professionnelles. Par essence, je n'ai connaissance que de dysfonctionnements. Je garde pour autant la claire conscience que l'essentiel des contrats donne satisfaction à leurs détenteurs. Il reste que l'analyse des cas pathologiques semble propre à favoriser une meilleure appréhension des légitimes attentes des consommateurs.

Dans l'approche pointilliste de toute médiation de la consommation, sur le seul fondement de ses saisines, les 40 cas pratiques proposés ci-après visent à éclairer les professionnels.

Quelques observations préalables, à l'attention des entreprises et de leurs experts, présentées avec humilité et bienveillance, finiront, je l'espère, de les informer sur les irritants rencontrés par leurs consommateurs, dont l'éradication serait heureuse pour l'image de l'assurance.

■ La gestion des réclamations

Le traitement des réclamations constitue un motif essentiel d'insatisfaction des assurés.

L'observation des bonnes pratiques du marché autorise une conclusion claire : l'existence d'un service Réclamations indépendant des services techniques et disposant d'un pouvoir décisionnaire, constitue la solution à privilégier, pour la plus grande satisfaction des consommateurs.

Une information régulière de l'assuré sur la situation de son dossier et une prise en compte globale de sa réclamation, sur tous les points de contestation, constitueront des « *plus* » très significatifs.

Une réponse rapide, claire et personnalisée participera grandement à l'apaisement du réclamant. Son explication par un renvoi précis à des pages et numéros d'articles des conditions générales ou particulières constituera une réponse parfaitement appropriée.

La prise en compte effective d'éventuelles nouvelles demandes en cours de réclamation finiront de rasséréner l'assuré.

■ Le toilettage des clauses bénéficiaires en assurance-vie

L'adéquation de la clause bénéficiaire aux *desiderata* de l'assuré est au cœur de la valeur ajoutée d'une assurance-vie. Or, le besoin impératif perdure d'actualiser périodiquement les clauses bénéficiaires pour garantir leur adéquation effective aux évolutions :

- de l'environnement affectif de l'assuré ;
- des techniques patrimoniales (en particulier sur les modalités de représentation).

Le comble reste le cas d'un professionnel avouant son incapacité à interpréter la clause type inscrite dans son contrat[9].

Le besoin impératif perdure d'actualiser périodiquement les clauses bénéficiaires.

(9) *Le comble de l'assureur* (p.51 du présent rapport)

Des limites du lexique

La compréhension effective des contrats par les assurés est facilitée par la présence d'un lexique. La mention de conditions de garantie en son sein me paraît cependant devoir être évitée.

À titre d'illustration, si le chapitre d'un contrat traitant de la garantie vol ne précise aucune condition particulière à sa mise en œuvre, l'assuré est porté à croire qu'il sera couvert quelles que soient les circonstances du vol.

Or, la définition du vol figurant dans le lexique peut, en réalité, englober des conditions de garantie, à l'exemple d'un vol défini comme « *la soustraction frauduleuse intervenue* ***avec effraction*** ». Dans cette hypothèse, l'assuré peut penser, à la seule lecture de la garantie de son contrat, qu'il sera couvert en cas de vol « *simple* », alors que l'assureur n'indemnise que les vols commis avec effraction.

Si cette pratique n'est pas nécessairement condamnable juridiquement, elle nuit à la bonne compréhension par les assurés de l'étendue de leurs garanties et contribue à la mauvaise réputation dont jouissent les assureurs (« *les petites lignes que personne ne voit* » !).

Un DIPA[10] *under progress*

Dans la logique d'offrir une information synthétique au consommateur, en application de la Directive sur la distribution d'assurance (DDA), les distributeurs d'assurance doivent désormais remettre aux assurés un document d'information normalisé préalablement à la souscription, appelé DIPA (ou IPID en anglais).

Parmi les points contraignants du règlement figurent : le nombre de pages, l'ordre et l'emplacement des rubriques, la taille de la police d'écriture, la largeur des colonnes, les couleurs, les pictogrammes…

Mes toutes premières observations mettent en évidence nombre de manquements à la logique et à la cohérence de la réglementation, notamment celles relatives aux exclusions de garantie et aux obligations de l'assuré.

En outre, il convient de rappeler que ce document a pour objectif de permettre aux assurés de choisir, en toute connaissance de cause, entre les divers contrats présents sur le marché. Il doit donc être facilement accessible lorsque le contrat est proposé en ligne, et naturellement remis à l'assuré avant la souscription en toute circonstance. À ce sujet, un "léger" doute s'impose.

Or, cette éventuelle inaccessibilité contrevient clairement à l'un des objectifs essentiels du DIPA.

(10) Document d'information sur le produit d'assurance, alias IPID *(Insurance Product Information Document)*.

Un vocabulaire à expliciter

En cas d'accident ou de maladie, nombre d'assurés contestent les conclusions du médecin conseil ou de l'expert en invoquant les évaluations réalisées par d'autres organismes.

En particulier, les assurés ne comprennent pas pourquoi les évaluations retenues par la médecine du travail, la Sécurité sociale, les Maisons départementales des personnes handicapées, ne s'imposent pas à leur assureur.

La différence entre les taux d'invalidité retenus est également une source d'incompréhension, accrue par l'utilisation d'un vocabulaire identique pour désigner des notions distinctes (« *invalidité* »).

Le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) insiste justement sur l'utilité d'une cohérence de vocabulaire et des intitulés entre le DIPA et les autres documents relatifs au même produit d'assurance[11].

La rédaction des contrats devrait être plus pédagogique.

La rédaction des contrats devrait être à ce sujet plus didactique et pédagogique.

De la célérité des règlements

Le propre de la tragédie grecque réside en l'implacable cohérence des comportements antinomiques de ses protagonistes.

Le mode d'élaboration de notre réglementation – en particulier d'origine européenne, à l'image des règles prudentielles et des législations consuméristes – favorise l'apparition d'impératifs contradictoires. Ainsi notre législation impose-t-elle la plus grande célérité dans le règlement des prestations en assurance-vie tout en prévoyant, aussi légitimement, de nouvelles contraintes chronophages relatives :

- à la lutte anti-blanchiment ;
- au conseil fiscal (avec la délicate option entre le prélèvement libératoire et l'assujettissement à l'impôt sur le revenu) ;
- aux recommandations relatives au choix des unités de compte, aux évolutions éventuellement erratiques…

Selon la formule de Napoléon, à l'image de la guerre ou de l'amour, la synthèse par le professionnel de ces oppositions relèvera d'un art *« tout d'exécution »*.

Des engagements longs

Les entreprises d'assurance prennent des engagements de durées exceptionnellement longues.

Ainsi, les contrats d'assurance-vie dits à versements libres ouvrent à leurs souscripteurs un droit viager à procéder à des versements. Or, des décennies plus tard, l'entreprise d'assurance a pu être l'objet de plusieurs fusions successives et les chaînes informatiques des contrats

(11) CCSF, avis du 7 décembre 2017, relatif aux modalités de mise en œuvre du document d'information sur le produit d'assurance.

considérées être écrasées. L'obligation juridique de recueillir d'éventuels nouveaux versements de l'assuré est certaine. L'impossibilité pratique d'y procéder interroge.

Cette problématique constitue une occasion pour réfléchir aux horizons des engagements des entreprises d'assurance, particulièrement dans une phase de taux bas, et à leur articulation avec un droit nouveau à l'oubli.

De nouvelles maladies

De nombreux assurés contestent le refus de garantie fondé sur l'exclusion des troubles psychiques lorsque leur arrêt de travail est consécutif à un *burn out*. Il s'agit pour eux d'une affection liée au travail et non d'une affection psychologique. Or, aux termes de nombreux contrats d'assurance, la cause des maux est indifférente, seule leur nature compte (en l'occurrence : une affection psychologique).

Les incapacités ou invalidités justifiées par une fibromyalgie sont également au centre de nombreuses discussions. Les assureurs invoquent les exclusions fondées sur les troubles neuro-psychiques ou ostéo-articulaires. Cette pratique suscite des contestations.

J'invite les médecins conseils et les services juridiques à conjuguer le dernier état de leur art.

Sur ces sujets, j'invite les médecins conseils et les services juridiques à conjuguer le dernier état de leur art pour élaborer les clauses contractuelles de la manière la plus claire possible, l'assuré devant être en mesure de connaître l'étendue de ses garanties.

Une expertise source de tensions

Les assurés contestent fréquemment les conclusions de l'expert ou la position de l'assureur en arguant que ces informations divergent de ce qui leur a été indiqué lors de l'entretien.

Compte tenu des spécificités de chaque contrat et de chaque situation, la prise en charge du sinistre ne peut être anticipée au moment de l'expertise. Aussi, afin d'éviter de générer une contestation ultérieure de l'assuré, je suggère aux experts de ne pas se prononcer oralement quant à la possibilité d'une prise en charge.

Une méfiance accrue envers les experts.

Plus globalement, les saisines de la Médiation mettent en évidence une méfiance accrue envers les experts. Elle peut même s'accompagner de menaces : la saisine du Conseil de l'ordre des médecins, son accueil *« avec un fusil » (sic)*…

Cette défiance conduit parfois l'assuré à refuser l'expertise alors même que celle-ci est conforme aux dispositions contractuelles, et nécessaire pour déterminer si la garantie doit être délivrée. L'assuré peut aller jusqu'à s'opposer à l'expertise quand il ressent, au cours de celle-ci, un rapport de connivence entre le médecin tiers arbitre et le médecin conseil de l'assureur.

Au-delà d'une naturelle confraternité, j'invite donc les experts à faire preuve de pédagogie sur leur rôle et de la plus grande neutralité en présence de l'assuré.

❄
❄ ❄

2.3- DES APPELS AU LÉGISLATEUR

Les cas pratiques présentés suggèrent ponctuellement des évolutions réglementaires[12]. En première urgence, j'invite notre législateur à intervenir sur deux difficultés.

■ La problématique récurrente du secret médical

La protection concomitante du secret médical et de la mutualité des assurés appelle de constantes réflexions et approfondissements.

À titre d'exemple, en raison du secret médical, l'assureur ne peut obtenir directement la communication d'informations en cas de décès de son assuré.

Or, la protection de la mutualité peut rendre nécessaire la communication à l'assureur d'informations médicales pour lui permettre de vérifier : d'une part, que les conditions de garantie sont réunies, et d'autre part, que l'assuré avait correctement déclaré ses antécédents à la souscription.

Seuls les ayants droit du *de cujus*, son concubin ou son partenaire de PACS peuvent recueillir les informations nécessaires à « *faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès* »[13].

L'impossibilité pour le bénéficiaire d'un contrat, dénué de la qualité d'ayant droit, d'accéder à ces informations, peut entraîner un blocage du versement des fonds.

Aussi, j'invite le législateur à élargir – au profit des bénéficiaires de contrats d'assurance de personnes – le droit susvisé d'accès aux informations médicales, dans la stricte mesure où celles-ci leur sont nécessaires pour faire valoir leurs droits.

■ Une prescription déraisonnable

Les litiges soumis à la Médiation portent souvent sur des contrats anciens. Ils offrent l'occasion d'observer des difficultés majeures liées aux exigences croissantes de la jurisprudence relative à l'obligation d'information des assureurs en matière de prescription biennale.

Dans nombre de cas, l'assureur, compte tenu de l'expiration du délai de prescription initialement prévu, n'a pas conservé les documents justifiant de l'exécution de son obligation.

Or la Cour de cassation a imposé[14], au fil du temps, que la police d'assurance rappelle, outre le délai biennal[15], les causes d'interruption de la prescription en assurance[16] ainsi que celles de droit commun[17], et ses différents points de départ[18]. Ces obligations ont même été étendues aux contrats d'assurance sur la vie[19], *contra legem*[20].

(12) *Un assuré averti en vaut deux* (p.52), *Médecins sans frontières* (p. 69) et *Tic tac* (p.74) du présent rapport.
(13) Article L.1110-4 du Code de la santé publique.
(14) Sur le fondement de l'article R.112-1 du Code des assurances.
(15) Article L.114-1 du Code des assurances
(16) Article L.114-2 du Code des assurances ; Cass., civ. 3e, 28 avril 2011, 10-16.269.
(17) Cass., civ. 2e, 18 avril 2013, n°12-19.519.
(18) Cass., civ. 2e, 28 avril 2011, n° 10-16.403.
(19) Cass., civ. 2e, 13 juin 2013, n°12-21.276.
(20) Article R.112-1 du Code des assurances.

La haute juridiction sanctionne l'absence de telles mentions par l'inopposabilité de la prescription biennale. En l'absence de précision quant au délai de prescription pouvant s'y substituer, LMA appliquait, jusqu'à présent, le délai de prescription de droit commun, soit 5 ans.

Depuis un arrêt récent[21], destiné à la publication au *Bulletin*, le principe selon lequel la prescription de droit commun ne peut se substituer à la prescription spéciale du droit des assurances a été posé.

L'absence de prescription pour des opérations ne relevant pas de crimes contre l'humanité est parfaitement déraisonnable. Cette situation appelle clairement une intervention du législateur afin de mettre un terme à une insécurité juridique et d'éviter le retour du *droit du renard*[22] dans les relations assurantielles.

❄
❄ ❄

Par nature, toute médiation appelle une dimension affective et une forte implication personnelle.

Aussi bien, toute maladresse de LMA relèverait-elle de ma seule responsabilité et, avec humilité, je prie son éventuelle victime de m'en excuser.

Une médiation de la consommation sectorielle constitue surtout un travail collectif. Les correspondants de LMA au sein des entreprises et intermédiaires d'assurance, et ses interlocuteurs auprès des associations de consommateurs, jouent naturellement un rôle clé dans son succès.

Les correspondants de LMA jouent un rôle clé.

L'essentiel réside enfin dans l'écoute attentive des assurés et l'élaboration bienveillante des avis à leur attention, constitutives du travail quotidien de chaque collaborateur de LMA.

À chacun, pour son investissement et son professionnalisme, j'adresse ma reconnaissance et exprime mes plus chaleureux remerciements. ■



(21) Cass., civ. 3e, 21 mars 2019, n° 17-28.021.

(22) Lorsqu'un assuré utilise malicieusement une règle de droit détournée de sa finalité.

LES 10 POINTS D'ATTENTION DU MÉDIATEUR

- 1 -
UNE AUGMENTATION DES SAISINES RECEVABLES

En 2018, LMA a reçu 15.389 demandes d'intervention. Les saisines recevables continuent de croître (+13 %).

(p.7)

- 2 -
UNE FORTE ADHÉSION

Les « propositions de solution » mettent un terme aux litiges dans 99,5 % des cas.

(p.8)

- 3 -
LES DÉLIVRÉS DE LMA

En 2018 :
- 2.543 « propositions de solution »,
- 904 lettres de préconisation,
- 404 accords amiables,
- de multiples articles,

et conférences pédagogiques.

(p.7)

- 4 -
L'IMPORTANCE DE LA LECTURE DES CONTRATS

LMA rappelle aux assurés l'importance de lire leur contrat pour éviter toute désillusion lors de la survenance d'un sinistre.

(p.11)

- 5 -
LA GESTION DES RÉCLAMATIONS

La gestion des réclamations constitue
une source majeure d'insatisfaction des assurés.

Elle peut être évitée par :

- un service Réclamations indépendant et décisionnaire,
- une information régulière de l'assuré
sur la situation de son dossier,
- une prise en compte globale de sa réclamation
sur tous les points de contestation,
- une réponse rapide, claire et personnalisée,
- un renvoi précis à des pages et numéros d'articles
des conditions générales ou particulières,
- la prise en compte d'éventuelles nouvelles
demandes en cours de réclamation.

(p.13)

- 6 -
LES EXPERTISES, SOURCES DE TENSION

L'expertise est un moment crucial dans le traitement du sinistre. Un sentiment de défiance peut naître des conditions de sa réalisation, de l'absence de clarté des termes utilisés, du statut de l'expert ou de l'absence de communication de ses conclusions.

(p.16)

- 7 -
LE CONTRAT : UNE RELATION AU LONG COURS

Dans son rôle de prévention, LMA invite les parties à faire le point régulièrement sur le contrat, le risque à assurer, la situation patrimoniale, les attentes de l'assuré.

(p.15)

- 8 -
LE SECRET MÉDICAL

LMA invite le législateur à élargir, au profit des bénéficiaires de contrats d'assurance-vie non héritiers réservataires, le droit d'accès aux informations médicales, dans la mesure où ces informations leur sont nécessaires afin de faire valoir leurs droits.

(p.17)

- 9 -
LE *BURN-OUT*

En prévoyance, les médecins conseils et les services juridiques sont invités à conjuguer le dernier état de leur art pour adapter aux nouvelles affections (*burn-out*, fibromyalgie, ...) les clauses contractuelles de la manière la plus claire possible. L'assuré doit pouvoir connaître l'étendue de ses garanties.

(p.16)

- 10 -
UNE PRESCRIPTION DÉRAISONNABLE

Depuis un arrêt récent destiné à la publication au *Bulletin*, la Cour de cassation a posé le principe selon lequel la prescription de droit commun ne peut se substituer à la prescription spéciale du droit des assurances a été posé.

L'absence de prescription pour des opérations ne relevant pas de crimes contre l'humanité est parfaitement déraisonnable. Cette situation appelle clairement une intervention du législateur afin de mettre un terme à une insécurité juridique et d'éviter le retour du *droit du renard* dans les relations assurantielles.

(p.17)

1. ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ
1.A LE CONTRAT

LA CLÉ DU PROBLÈME

La couverture des contrats d'assurance dommage est parfois limitée aux biens à usage privé appartenant à l'assuré. Dans cette hypothèse, les dommages causés aux biens à usage mixte, confiés à l'assuré, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge.

Un assuré, titulaire d'un contrat d'assurance affinitaire, a sollicité son assureur, afin d'obtenir la prise en charge des frais de remplacement des clés perdues de son véhicule de fonction.
L'entreprise d'assurance a refusé la prise en charge de ce sinistre, au motif que l'assuré n'était pas propriétaire du véhicule de fonction.
L'assureur a notamment relevé que la carte grise du véhicule n'indiquait pas que l'assuré en était le propriétaire. Il a alors été rappelé à l'assuré que le contrat n'avait vocation à garantir que : *« Les clés des habitations principales et secondaires des assurés ainsi que les clés de leur(s) véhicule(s) à usage privé »*.
Il découle de cette clause que seules sont garanties les clés des véhicules à usage privé des assurés.
En l'espèce, il n'était pas contesté que l'employeur était propriétaire du véhicule en cause, et que l'assuré en avait la seule disposition, au titre de ses fonctions. Ainsi, même si la clé perdue avait effectivement été confiée à l'assuré, il ne s'agissait pas d'une clé de *« [son] véhicule à usage privé »*.
En effet, soutenir l'inverse impliquerait que l'assureur se serait engagé à garantir la disparition des clés de tout véhicule confié à quelque titre que ce soit à l'assuré, ce qui est manifestement en contradiction avec l'emploi de l'adjectif possessif *« leur(s) »* utilisé dans la définition contractuelle précitée.
Pour contester la décision de l'assureur, l'assuré s'est prévalu des dispositions de l'article 2276 du Code civil aux termes duquel : *« En fait de meubles, la possession vaut titre »*.
Selon lui, les clés du véhicule de fonction, utilisé pour un usage tant professionnel que privé, étant à sa disposition, il en était devenu le propriétaire.
Or, la possession à laquelle l'article susvisé fait référence est une possession *« à titre de propriétaire »*, ce qui signifie que la remise du bien ne doit pas avoir été réalisée en vertu d'un contrat (bail, dépôt, mandat…).
En l'occurrence, bien que le véhicule ainsi que ses accessoires, dont fait partie la clé perdue, aient été confiés à l'assuré dans l'exercice de ses fonctions, ce dernier n'en a que la disposition matérielle et non la possession à titre de propriétaire. L'article 2276 du Code civil n'est donc pas applicable.
Dans ces circonstances, et au regard des dispositions légales et contractuelles précitées, le Médiateur a conclu que l'assureur était justifié à refuser de prendre en charge le sinistre relatif à la perte des clés du véhicule de fonction mis à disposition de l'assuré. ●



L'ASSURÉ – AYANT L'USAGE D'UN BIEN DONT IL N'EST PAS PROPRIÉTAIRE – DOIT SE MONTRER ATTENTIF QUANT À L'ÉTENDUE DE LA COUVERTURE DES CONTRATS D'ASSURANCE QU'IL A SOUSCRITS. UNE ATTENTION PARTICULIÈRE EST RECOMMANDÉE EN MATIÈRE D'ASSURANCE AFFINITAIRE, OÙ LE CHAMP DE LA GARANTIE EST GÉNÉRALEMENT RESTREINT.



L'EXIGENCE DE PRÉCISION, IMPOSÉE À L'ASSUREUR, N'ENTRAÎNE PAS L'OBLIGATION DE DÉFINIR CHACUN DES TERMES CONTENUS DANS LA POLICE, DÈS LORS QUE LA CLAUSE EST SUFFISAMMENT CLAIRE ET QU'ELLE N'APPELLE PAS D'INTERPRÉTATION.

LES FRONTIÈRES DU CONTRACTUEL

Une condition de garantie qui n'a pas été prévue par le contrat d'assurance et dont l'assuré n'a ainsi pas pu prendre connaissance ne peut valablement lui être opposée.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS À ÊTRE VIGILANTS QUANT AUX MESURES DE PRÉVENTION STIPULÉES DANS LEURS CONTRATS D'ASSURANCE, AFIN D'ÉVITER NON SEULEMENT LA SURVENANCE D'UN SINISTRE, MAIS AUSSI UN ÉVENTUEL REFUS PAR L'ASSUREUR DU BÉNÉFICE DE LA GARANTIE.

Lorsqu'une condition de garantie impose à l'assuré la mise en œuvre de mesures de protection, l'assureur peut légitimement opposer un refus de garantie à son assuré si ces mesures n'ont pas été respectées.

Cependant, si l'assureur est libre de déterminer, au sein du contrat, les risques qu'il entend ou non garantir, ainsi que les conditions de mise en œuvre des garanties, encore faut-il que toutes les dispositions qu'il souhaite voir appliquer soient stipulées dans les documents contractuels. À défaut, l'assureur ne peut refuser de délivrer sa garantie.

Dans un cas d'espèce, un assuré s'était fait dérober son véhicule, après en avoir égaré les clés, la veille. L'assureur a alors opposé à son assuré le fait qu'aucune mesure de protection n'avait été mise en place afin d'éviter le vol du véhicule à la suite de la perte des clés, comme le retrait de la batterie ou la pose d'une canne bloque-volant. Toutefois, les mesures de protection et les moyens de prévention stipulées aux conditions générales ne faisaient aucunement référence à la perte ou au vol des clés du véhicule et n'imposaient donc pas, dans ce cas, le retrait de la batterie, ni la pose d'une barre antivol sur le volant.

Ainsi, en l'absence d'une telle clause contractuelle, l'assureur ne pouvait se prévaloir de cet argument pour refuser de délivrer sa garantie. ●



IL EST LÉGITIME POUR UN ASSUREUR DE VEILLER À CE QUE LES MESURES DE PRÉVENTION ET LES MOYENS DE PROTECTION PRESCRITS SOIENT RESPECTÉS PAR L'ASSURÉ.

IL N'EN DEMEURE PAS MOINS QUE L'ASSUREUR NE PEUT REPROCHER À SON ASSURÉ DE NE PAS AVOIR APPLIQUÉ DES MESURES DE PRÉVENTION NON CONTRACTUELLEMENT PRÉVUES, MÊME LORSQUE CELLES-CI RELÈVERAIENT D'UNE GESTION DE *« BON PÈRE DE FAMILLE »*.

À L'INSU DE SON PLEIN GRÉ

Les véhicules terrestres à moteur doivent obligatoirement être couverts par une assurance de responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers. En application des dispositions légales, la victime d'un accident de la circulation doit être indemnisée par l'assureur, lorsque le conducteur a pris le véhicule à l'insu de son propriétaire.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile, mentionnant son fils en qualité de conducteur occasionnel.

Le fils de l'assuré a prêté le véhicule à un ami, qui l'a prêté à un autre ami. Ce dernier a causé un accident de la circulation impliquant trois véhicules.

Le conducteur du véhicule au moment du sinistre était sous l'empire d'un état alcoolique. De plus, il n'était pas titulaire du permis de conduire. L'entreprise d'assurance a procédé à l'indemnisation des parties adverses, puis a demandé à son assuré le remboursement des sommes versées.

La position de l'assureur était fondée sur une exclusion contractuelle de garantie privant l'assuré de l'indemnisation si, au moment du sinistre, le conducteur du véhicule assuré n'avait pas l'âge requis ou n'était pas titulaire des certificats en état de validité, exigés par la réglementation en vigueur, pour la conduite du véhicule.

L'exclusion susvisée reprend les termes de l'article R.211-10 du Code des assurances. Elle permet à un assureur de ne pas prendre en charge des dommages lorsque le conducteur du véhicule n'est pas titulaire du permis de conduire.

L'assuré a contesté cette décision en arguant que le contrat prévoyait, en application de ce même article, une exception à cette exclusion : en cas d'utilisation du véhicule à son insu.

En l'espèce, l'assuré a fourni une déclaration sur l'honneur de l'ami de son fils, attestant du prêt du véhicule à un tiers, sans le consentement de l'assuré, ni de son fils.

Toutefois, l'assureur estimait que les faits relatés ne correspondaient pas à la définition de « *prise à l'insu* », dans la mesure où chaque protagoniste avait volontairement remis les clés du véhicule, transférant ainsi la garde juridique du véhicule lors de chaque prêt.

Or, les dispositions du Code des assurances ne font pas référence à la notion de transfert de la garde du véhicule assuré. Elles exigent uniquement que le véhicule ait été utilisé par un tiers, sans que l'assuré en ait été informé.

Au regard des éléments du dossier, il apparaît que le conducteur au moment du sinistre avait pris possession du véhicule sans le consentement de l'assuré et sans que ce dernier en soit informé. Le Médiateur a donc considéré que le véhicule avait effectivement été utilisé à l'insu de l'assuré.

Ainsi, l'exception légale interdisant à l'assureur de se prévaloir de l'exclusion de garantie relative à la conduite par une personne non titulaire du permis de conduire lorsque le véhicule est utilisé à l'insu de l'assuré, était applicable au cas d'espèce.

La garantie contractuelle étant due, l'assureur ne pouvait demander à l'assuré de procéder au remboursement des sommes versées aux victimes, en l'absence de dispositions légales prévoyant un tel recours. ●



EN MATIÈRE D'ASSURANCE OBLIGATOIRE DES VÉHICULES, LES EXCLUSIONS DE GARANTIE SONT LIMITATIVEMENT ÉNUMÉRÉES PAR LES ARTICLES R.211-10 ET R.211-1 DU CODE DES ASSURANCES. POUR ÊTRE OPPOSABLES, CES EXCEPTIONS DOIVENT ÊTRE RAPPELÉES AU SEIN DE LA POLICE.

PAS DE QUESTION, PAS D'AGGRAVATION

Le contrat d'assurance a pour objet de garantir le risque de survenance d'un événement aléatoire. Pour appréhender ce risque, l'assureur doit interroger l'assuré lors de la souscription du contrat. Toutefois, la situation de l'assuré pouvant évoluer en cours de contrat, le Code des assurances lui impose d'en informer l'assureur, lorsque cette évolution impacte les réponses initialement communiquées.



POUR LA PROTECTION DE LA MUTUALITÉ, L'ASSURÉ DOIT PERMETTRE À L'ASSUREUR D'APPRÉCIER EXACTEMENT LE RISQUE À GARANTIR, EN RÉPONDANT SINCÈREMENT ET EXACTEMENT AUX QUESTIONS POSÉES LORS DE LA CONCLUSION DU CONTRAT.

IL LUI INCOMBE ÉGALEMENT D'INFORMER L'ASSUREUR, EN COURS DE CONTRAT, D'UNE MODIFICATION DE SA SITUATION AYANT UN IMPACT SUR LES INFORMATIONS COMMUNIQUÉES À L'ASSUREUR LORS DE LA SOUSCRIPTION.

CETTE OBLIGATION NE DOIT PAS ÊTRE SOUS-ESTIMÉE, AU RISQUE DE VOIR SON INDEMNITÉ RÉDUITE OU SON CONTRAT ANNULÉ.

Un assuré ayant souscrit un contrat d'assurance automobile en 2011, déclare un accident de la circulation non responsable à son assureur en 2017.

Au cours de l'instruction du sinistre, l'assureur découvre que l'assuré a fait l'objet d'une mesure de suspension de permis de conduire en 2014.

L'assureur indique alors procéder à l'annulation du contrat d'assurance, reprochant à l'assuré de ne pas lui avoir communiqué cette information, constituant une aggravation du risque en cours de contrat.

L'article L.113-2 3° du Code des assurances impose effectivement à l'assuré de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux, rendant ainsi inexactes ou caduques les réponses faites à l'assureur lors de la souscription.

Puisque la circonstance nouvelle doit avoir une incidence sur les informations initialement communiquées par l'assuré, il en résulte que l'obligation de déclaration en cours de contrat ne s'applique qu'aux éléments ayant fait l'objet d'une question par l'assureur à l'occasion de la conclusion du contrat.

Dans cette hypothèse, l'assuré qui omet de déclarer une modification du risque encourt, s'il est de mauvaise foi, la nullité de son contrat d'assurance (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction de son droit à indemnisation s'il est de bonne foi (article L.113-9 du Code des assurances).

En l'espèce, l'assureur ne démontrait pas qu'une question relative à l'existence ou non d'une suspension de permis de conduire, actuelle ou passée, et à laquelle l'assuré aurait répondu par la négative, ait été posée lors de la souscription.

En l'absence de question, et donc de réponse relative à une mesure de suspension du permis de conduire lors de la souscription du contrat, les dispositions de l'article L.113-2 3° du Code des assurances – imposant déclaration en cours de contrat – n'étaient pas applicables.

Par conséquent, et dès lors que l'assuré n'était pas tenu à une obligation de déclarer la suspension de son permis de conduire, l'assureur ne pouvait le sanctionner en appliquant l'article L.113-8 du Code des assurances. ●



L'ASSUREUR, EN SA QUALITÉ DE PROFESSIONNEL, DOIT DÉTERMINER PRÉALABLEMENT À LA SOUSCRIPTION LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ÉVALUATION DU RISQUE À GARANTIR.

EN L'ABSENCE D'OBLIGATION DE DÉCLARATION SPONTANÉE – TANT À LA SOUSCRIPTION QU'EN COURS DE CONTRAT – IL NE PEUT SANCTIONNER UN ASSURÉ POUR NE PAS AVOIR PORTÉ À SA CONNAISSANCE UN ÉLÉMENT QUI N'AVAIT PAS FAIT L'OBJET D'UNE QUESTION LORS DE LA CONCLUSION DE LA POLICE.

POUR PROTÉGER LES ASSURÉS DE BONNE FOI, LES AVIS D'ÉCHÉANCE POURRAIENT UTILEMENT RAPPELER AUX ASSURÉS LEUR OBLIGATION DE DÉCLARER UNE AGGRAVATION DU RISQUE OU L'APPARITION D'UN RISQUE NOUVEAU, AU SENS DE L'ARTICLE L.113-2 3° DU CODE DES ASSURANCES.

SIGNER N'EST PAS JOUER

L'adhésion à un contrat d'assurance dit « affinitaire » simultanément à l'achat d'un produit ou d'un service est souvent source d'incompréhension entre l'assuré et son assureur.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ENTREPRISES D'ASSURANCE, LORSQUE L'ADHÉSION À UN CONTRAT D'ASSURANCE A LIEU CONJOINTEMENT À LA VENTE D'UN OBJET OU LA FOURNITURE D'UN SERVICE PRINCIPAL, À VEILLER À CE QUE LES DOCUMENTS CONTRACTUELS SOIENT EFFECTIVEMENT REMIS À L'ASSURÉ.

Les assurés contestent souvent la validité de leur adhésion à un contrat d'assurance souscrit en point de vente en complément de l'achat d'un bien ou service principal.

Dans un souci de protection du consommateur, le législateur a mis à la charge de l'assureur un certain nombre d'obligations, avant la conclusion du contrat, aux termes de l'article L.112-2 du Code des assurances. Ces obligations visent à s'assurer que les consommateurs sont informés du contenu de leur contrat. Ainsi l'assureur doit-il obligatoirement fournir une fiche d'information sur le prix et les garanties.

Il doit également remettre à l'assuré un exemplaire du projet de contrat et de ses pièces annexes ou une notice d'information sur le contrat qui décrit précisément les garanties assorties des exclusions, ainsi que les obligations de l'assuré.

Bien que régulièrement alertés sur l'importance de lire attentivement les documents qui leur sont remis et sur lesquels ils ont apposé leur signature, nombreux sont les assurés à ne pas lire ce qu'ils signent, contestant *a posteriori* le contenu de ce qu'ils ont signé.

Un assuré a ainsi signé plusieurs documents relatifs à un contrat d'assurance, en se rendant en boutique pour acheter un téléphone portable.

Arguant d'une incompréhension, l'assuré a réfuté son intention d'adhérer à cette assurance et a demandé à bénéficier de la faculté de renonciation. L'assureur a refusé de faire droit à cette demande.

Les reproches de l'assuré portaient sur la non-réception de la notice d'information, l'empêchant d'exercer sa faculté de renonciation, dans l'ignorance de ses modalités.

L'analyse des documents communiqués a montré que l'assuré avait signé le bulletin d'adhésion libellé à son nom ainsi qu'un mandat de prélèvement mensuel.

Par ailleurs, la signature était précédée d'une mention indiquant que la notice d'information valant conditions générales avait été remise ou envoyée lors de l'adhésion au contrat.

Le Médiateur, dans la logique de la jurisprudence de la Cour de cassation, a considéré qu'en apposant sa signature sur le bulletin d'adhésion, l'assuré a nécessairement reconnu avoir pris connaissance de la notice et que les modalités de renonciation contenues dans ce document lui étaient, dès lors, opposables.

En pratique, il est courant – notamment en matière d'assurance affinitaire – qu'une multitude de documents soient remis au client pour signature, certains concernant la vente du bien ou du service principal, d'autres relatifs à l'assurance. Il arrive alors, trop souvent, que le prospect signe les documents soumis sans y porter grande attention.

Or, la signature du bulletin d'adhésion – contenant une clause par laquelle l'assuré reconnaît avoir reçu un exemplaire des conditions contractuelles – a nécessairement pour effet de lui rendre opposable l'ensemble des informations contenues dans les documents contractuels.

Dans nombre d'hypothèses, les documents ne sont en réalité pas remis au souscripteur avant la conclusion du contrat. Pour autant, l'existence d'une mention attestant de leur réception, signée par le souscripteur, interdit, *de facto* et *de jure*, toute contestation ultérieure sur ce point. ●



QUELLES QUE SOIENT LES CIRCONSTANCES DE SA SOUSCRIPTION, L'ASSURÉ DOIT PORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION, AVANT D'APPOSER SA SIGNATURE, À BIEN SE FAIRE REMETTRE TOUS LES DOCUMENTS CONTRACTUELS CONVENUS ET À EN PRENDRE CONNAISSANCE.

ALÉA *JACTA EST*

En matière d'assurance de dommages, l'assureur refuse parfois de délivrer sa garantie en cas de sinistre, en opposant un défaut d'aléa à la souscription. L'assureur doit alors démontrer que l'assuré avait connaissance du fait générateur lors de la souscription.



L'ASSUREUR INVOQUANT LE DÉFAUT D'ALÉA POUR REFUSER SA GARANTIE DOIT ÉTABLIR LA CONNAISSANCE DU FAIT DOMMAGEABLE PAR L'ASSURÉ À LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT.

À DÉFAUT, IL DEVRA MOBILISER SA GARANTIE, MÊME SI LE FAIT DOMMAGEABLE EST ANTÉRIEUR À LA SOUSCRIPTION.

L'aléa est l'essence même du contrat d'assurance. Son absence voue le contrat à la nullité. Ainsi, selon l'article L.121-15 du Code des assurances, « *l'assurance est nulle si, au moment du contrat, la chose assurée a déjà péri ou ne peut plus être exposée aux risques* ».

Il existe deux façons d'apprécier l'aléa. La première est objective : pour qu'il y ait aléa, le fait dommageable ne doit pas être réalisé avant la conclusion du contrat. L'ignorance des parties est dépourvue de toute incidence. À l'opposé, dans une conception subjective, le risque s'apprécie au regard des parties contractantes : il y a aléa dès lors que les parties ignorent la réalisation du risque. C'est la théorie du risque putatif : l'aléa existe seulement dans l'esprit des parties.

En l'état du droit positif, la conception subjective semble prévaloir. Ainsi a-t-il été jugé que la seule circonstance que le fait dommageable soit antérieur à la prise d'effet de la garantie ne suffit pas à exclure sa mise en œuvre. Il convient encore d'établir que l'assuré avait connaissance du fait dommageable à la date de la souscription de la garantie (Cass. Civ. 2e, 26 mars 2015, n°14-14.661).
L'assureur invoquant le défaut d'aléa, pour refuser sa garantie, doit donc non seulement démontrer que les éléments constitutifs se sont réalisés avant la souscription, « *et en même temps* » que l'assuré en avait connaissance, avant la prise d'effet de la garantie.

Dans les dossiers faisant état d'un refus de garantie en raison d'un défaut d'aléa, le Médiateur porte la plus grande attention à ce que l'assureur justifie de l'existence des deux conditions précitées, pour se prévaloir de l'article L.121-15 du Code des assurances.

À titre d'illustration, un syndicat de copropriétaires ayant souscrit une police d'assurance « *multirisque immeuble* », a déclaré à son assureur un sinistre dégât des eaux affectant la structure du plancher entre le rez-de-chaussée et le premier étage de l'immeuble assuré.

L'expertise ordonnée par l'assureur a relevé que le sinistre avait pour origine des infiltrations lentes et anciennes remontant à plusieurs années. L'assureur a de ce fait refusé de délivrer sa garantie dégât des eaux en invoquant le défaut d'aléa.

Toutefois, en l'absence de preuve de la connaissance par l'assuré du fait dommageable à la souscription du contrat d'assurance, le Médiateur a invité l'assureur à intervenir dans le cadre de sa garantie dont les conditions de mise en œuvre étaient visiblement réunies. ●

TOMBÉ DANS LE PANNEAU

Le devoir de conseil pesant sur l'assureur ne se limite pas à la souscription du contrat et perdure tout au long de la relation contractuelle.

S'il appartient à l'assuré d'informer son assureur de toute évolution de sa situation, il revient à ce dernier de s'assurer de la conformité du contrat ainsi modifié, aux besoins exprimés par l'assuré.

Pour ce faire, l'assureur doit étudier chaque demande de l'assuré à la lumière du contrat existant et doit donc procéder aux modifications demandées, ainsi qu'à celles que ces dernières ont rendues nécessaires.

Dans un cas d'espèce, un assuré a sollicité son assureur, en lui indiquant son souhait de faire installer des panneaux photovoltaïques sur son garage. L'assureur a rapidement édité une attestation d'assurance garantissant l'installation solaire, sans toutefois relever que le garage concerné constituait une dépendance au sens du contrat, qui ne pouvait être garantie qu'à condition d'être mentionnée aux conditions particulières.

Ainsi, lorsqu'un sinistre incendie est survenu, l'assureur a refusé de prendre en charge les dommages, le bâtiment sinistré n'étant pas garanti.

Le Médiateur a toutefois relevé que l'assuré avait clairement indiqué dans sa demande de modification que les panneaux photovoltaïques qu'il souhaitait assurer devaient être posés sur le toit de son garage, de sorte que l'assureur aurait dû inclure – dans la proposition d'avenant modificatif – ledit garage parmi les dépendances assurées.

En n'y procédant pas, l'assureur a manqué à son devoir de conseil.

Ce manquement de l'assureur a causé une perte de chance pour l'assuré, constituée par l'impossibilité de pouvoir obtenir la couverture du sinistre survenu.

Par conséquent, le Médiateur a invité l'entreprise d'assurance à verser une indemnisation à l'assuré. ●



L'ASSUREUR DOIT ÊTRE CAPABLE DE GUIDER LE CONSOMMATEUR AU MIEUX DE SES INTÉRÊTS, EN TOUTE OCCASION, ET NOTAMMENT LORSQUE L'ASSURÉ L'INFORME D'UN CHANGEMENT DE SA SITUATION.

UNE SIGNATURE, S'IL VOUS PLAÎT !

La modification du contrat d'assurance peut être source de litiges entre un assuré et son assureur, notamment en l'absence de signature de l'avenant la constatant.



AFIN DE LIMITER LES LITIGES POUVANT SURVENIR EN RAISON DE L'ABSENCE DE SIGNATURE DES CONDITIONS PARTICULIÈRES OU DES AVENANTS, LE MÉDIATEUR INVITE LES ENTREPRISES D'ASSURANCE À VEILLER À LA SIGNATURE EFFECTIVE DE CES DOCUMENTS CONTRACTUELS TANT LORS DE LA SOUSCRIPTION QU'EN COURS DE CONTRAT EN CAS DE MODIFICATION.

En principe, la modification du contrat d'assurance s'opère par la seule rencontre des volontés (Cass. civ. 2e, 22 avr. 1992, n°89-10.822). Toutefois, la preuve de la modification du contrat est subordonnée à la rédaction d'un écrit (Cass. civ. 2e, 17 mars 2011, n°10-16.553). Conformément à l'article 1364 du Code civil, la preuve par écrit peut résulter notamment d'un acte sous seing privé. À cet effet, l'article L.112-3 alinéa 5 du Code des assurances impose la signature d'un avenant pour toute modification du contrat. Des difficultés peuvent néanmoins survenir lorsque l'avenant constatant la modification n'est pas revêtu de la signature de l'assuré.

En application du droit commun de la preuve, en l'absence de présentation d'un avenant signé, l'assureur peut se prévaloir d'un commencement de preuve par écrit. Cette preuve supplétive est définie par l'article 1362 du Code civil comme étant un écrit qui, émanant de la personne à qui on l'oppose, rend vraisemblable ce qui est allégué. Ce commencement de preuve par écrit doit être corroboré par un autre moyen de preuve, aux termes de l'article 1361 du Code civil.

Conformément à la jurisprudence, le Médiateur considérera que la modification est opposable à l'assuré, même en l'absence d'avenant signé, dès lors que l'assureur peut se prévaloir d'écrits émanant de l'assuré (tels que des courriers, des mails) rendant vraisemblable la modification opérée, et qui sont corroborés par d'autres éléments (comme le paiement d'une prime majorée ou minorée, la sollicitation d'une nouvelle garantie, etc.).

Un assuré a ainsi procédé par téléphone à la modification de son contrat d'assurance automobile, en sollicitant une prise d'effet différée, afin de restreindre ses garanties. Un sinistre est survenu quelques jours après cette demande de modification et avant réception du contrat modifié. L'assureur a alors refusé de prendre en charge ce sinistre considérant que les nouvelles conditions de garanties avaient pris effet au jour de la demande de l'assuré.

Le Médiateur a rappelé le principe du consensualisme, selon lequel la modification est valable dès la rencontre des volontés.

Toutefois, l'assureur n'avait pu fournir aucun élément permettant de prouver que les parties s'étaient mises d'accord pour modifier à la baisse les garanties.

Le Médiateur a donc considéré que la modification ne pouvait être opposable à l'assuré, de sorte que l'assureur a dû prendre en charge le sinistre conformément aux dispositions contractuelles initiales. ●

BRANCHEZ LES GUITARES, AJUSTEZ LE CONTRAT

Généralement, l'assuré n'a pas conscience de la valeur vénale de ses biens, et encore moins du coût potentiel de leur endommagement. Il peut, plus facilement encore, oublier de revaloriser le montant assuré au fil de la vie du foyer. Acquisition d'effets personnels, évolution du prix d'objets de valeur, nouveaux équipements... autant d'éléments à prendre en compte, mais trop souvent omis. Or, si la valeur des biens assurés au contrat est sous-estimée, l'indemnisation sera insuffisante en cas de sinistre.

Habituellement, au moment de la conclusion du contrat, l'assureur demande au souscripteur de procéder à une estimation monétaire de son mobilier, afin de déterminer le montant global pour lequel il entend assurer ses biens.

En effet, en matière d'assurance habitation, l'assuré ne pourra obtenir – en cas de sinistre – d'indemnisation d'un montant supérieur aux plafonds de garantie prévus.

Aussi l'assuré doit-il porter la plus grande attention à l'évaluation de ses biens à la souscription, afin que le montant de la garantie soit en adéquation avec sa situation.

Or, la valeur de son patrimoine peut évoluer au fil des années, à la suite d'acquisitions ou de successions.

Tel était le cas d'un consommateur – producteur musical de profession – ayant souscrit un contrat d'assurance habitation, stipulant un plafond de garantie d'un montant de 5.000 euros en cas de vol des objets précieux.

Quelques années plus tard, l'assuré a été victime du vol, à son domicile, de ses nombreux instruments de musique de valeur. Le montant de l'indemnisation, limité au plafond de garantie – très inférieur à la valeur des biens disparus – a donné lieu à une contestation.

L'assuré a alors reproché à son assureur un manquement au devoir de conseil, portant notamment sur l'absence de proposition de la souscription de la garantie « *instruments de musique* ».

Le Médiateur a constaté que les factures fournies par l'assuré concernant l'achat des instruments de musique étaient toutes postérieures à la date de souscription de son contrat. Ainsi la souscription d'une garantie couvrant spécifiquement les instruments de musique n'aurait pas été opportune à la conclusion du contrat. En ce sens, la Cour de cassation a récemment précisé que l'assuré, qui n'a pas averti l'assureur de l'existence de biens de valeur, ne peut lui reprocher l'absence de proposition de souscription d'une garantie particulière (Cass., civ. 2e, 17 janvier 2019, n°17-26.750).

Il a donc été rappelé à l'assuré qu'il lui revenait – en cours de contrat – de se rapprocher de son assureur en cas d'acquisition d'éventuels biens de valeur postérieurement à la souscription de son contrat, afin qu'il puisse être procédé, le cas échéant, à un réajustement des plafonds de garantie, voire à la souscription de nouvelles garanties adaptées à sa situation.

En l'absence d'une telle déclaration par l'assuré, il ne pouvait être reproché à l'assureur de manquement à son devoir de conseil. ●



IL CONVIENT DE RÉEXAMINER RÉGULIÈREMENT LES GARANTIES DE SON CONTRAT D'ASSURANCE POUR PRENDRE EN COMPTE LA DISPOSITION DE NOUVEAUX BIENS.



AFIN D'ÉVITER DE DOMMAGEABLES DISTORSIONS ENTRE LES GARANTIES SOUSCRITES ET LA RÉALITÉ DES BESOINS DE L'ASSURÉ, LES ASSUREURS DOIVENT PLUS ATTIRER L'ATTENTION DES ASSURÉS – PAR EXEMPLE DANS LES AVIS D'ÉCHÉANCE – SUR L'INTÉRÊT DE PROCÉDER PÉRIODIQUEMENT À UNE MISE À JOUR DE LEURS GARANTIES EN FONCTION DES ÉVOLUTIONS DE LEUR SITUATION.

ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ
1.B LE SINISTRE

BADINTER *FOR EVER*

La loi Badinter du 5 juillet 1985 a pour objectif d'organiser et d'accélérer l'indemnisation par les assurances des victimes blessées et des ayants droit des victimes décédées dans un accident de la route. Toutefois, ce régime spécial d'indemnisation des victimes d'un accident de la circulation est à distinguer de la détermination de la responsabilité du conducteur impliqué et de l'évolution de son coefficient de réduction-majoration.

Il ressort de l'article 3 de la loi Badinter du 5 juillet 1985 que les victimes non conductrices, telles qu'un piéton, sont systématiquement indemnisées en cas d'accident avec un véhicule terrestre à moteur, sauf si elles ont commis une faute inexcusable.

Les victimes âgées de moins de seize ans ou de plus de soixante-dix, ou lorsque – quel que soit leur âge – elles sont titulaires, au moment de l'accident, d'un titre leur reconnaissant un taux d'incapacité permanente ou d'invalidité au moins égal à 80 %, seront indemnisées, dans tous les cas, des dommages résultant des atteintes à leur personne. Toutefois, si la victime a volontairement recherché le dommage subi, elle ne sera pas indemnisée.

La question de l'implication, qui conditionne l'indemnisation des victimes, doit être distinguée de la responsabilité éventuelle du conducteur.

Dans un litige soumis à la Médiation, un jeune piéton a été victime d'un accident de la circulation.

Des pièces communiquées au Médiateur, il est apparu que cet enfant, ayant aperçu sa mère de l'autre côté d'une rue, s'est précipité sans précaution pour la rejoindre. Il a alors percuté le véhicule de l'assuré, au niveau de la portière. Ni la mère de l'enfant, ni les autorités de police présentes sur les lieux n'ont tenu pour responsable le conducteur du véhicule.

L'entreprise d'assurance a toutefois retenu la responsabilité du conducteur, appliquant un malus sur son coefficient de réduction-majoration.

Or, aucun élément fourni au dossier ne permettait d'attester que le conducteur assuré avait commis une faute, ce dernier roulant à vitesse très réduite, sans possibilité d'éviter le jeune enfant qui a traversé rapidement la rue.

En conséquence, bien qu'en vertu de l'article 3 de la loi Badinter du 5 juillet 1985 l'enfant victime devait être indemnisé des dommages portant atteinte à sa personne, la responsabilité du conducteur ne pouvait en l'espèce être retenue, et le coefficient de réduction-majoration ne pouvait, dès lors, évoluer. ●



LE MÉDIATEUR S'ATTACHE À DÉTERMINER LA RESPONSABILITÉ D'UN CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE TERRESTRE À MOTEUR EN ELLE-MÊME, C'EST-À-DIRE INDÉPENDAMMENT D'UNE FAUTE ÉVENTUELLEMENT COMMISE PAR UNE VICTIME OU UN CONDUCTEUR ADVERSE.

UNE CATASTROPHE PEUT EN CACHER UNE AUTRE

La garantie catastrophe naturelle, obligatoirement incluse dans les contrats dommages aux biens, s'applique à la condition impérative que l'agent naturel soit la cause déterminante du sinistre.



LA SEULE CONSTATATION DE DOMMAGES À LA SUITE D'UNE CATASTROPHE NATURELLE NE SUFFIT PAS À ENTRAÎNER LA GARANTIE DE L'ASSUREUR. L'ASSURÉ DOIT RAPPORTER LA PREUVE QUE L'AGENT NATUREL CONSTITUE BIEN LA CAUSE DÉTERMINANTE DU SINISTRE, SANS LAQUELLE IL NE SERAIT PAS SURVENU.



EN CAS DE PLURALITÉ DE CAUSES DU SINISTRE RETENUES PAR L'EXPERT, IL APPARTIENT À L'ASSUREUR DE LUI DEMANDER D'INDIQUER SI L'AGENT NATUREL EST LA CAUSE DÉTERMINANTE DU SINISTRE, AFIN DE SE PRONONCER SUR SA PRISE EN CHARGE.

Un assuré a déclaré des désordres survenus à son habitation à la suite de la parution d'un arrêté de catastrophe naturelle sécheresse.

Conformément à l'article L.125-1 du Code des assurances, la prise en charge du sinistre est conditionnée à la réunion des trois éléments suivants :

- des dommages matériels directs non assurables,
- ayant pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel,
- n'ayant pu être évités par les mesures habituelles.

Les conditions générales des contrats multi-risques habitation reprennent généralement ces dispositions, au paragraphe « *catastrophes naturelles* ».

La cause déterminante du sinistre étant souvent un point litigieux, il convient de vérifier si le rapport d'expertise indique clairement que sans l'agent naturel, le sinistre ne serait pas survenu.

Dans le cas d'espèce, l'expert, missionné par l'assureur, a conclu que les dommages n'étaient pas liés à la sécheresse et que les dégradations étaient visiblement anciennes.

Dès lors, l'assureur a refusé d'indemniser son assuré en lui précisant notamment que les désordres étaient apparus avant l'épisode de sécheresse, de sorte que la garantie contractuelle ne pouvait être mobilisée. L'assuré a contesté cette décision.

Au regard des conclusions expertales, le Médiateur a confirmé la position de l'assureur. En effet, la sécheresse et la réhydratation des sols survenues n'étaient pas la cause déterminante du sinistre, puisque même en l'absence de ces agents naturels, les désordres étaient déjà, pour partie, existants. ●

L'HOMME PRESSÉ

La survenance d'un sinistre, si traumatisant qu'il soit ressenti, conduit parfois l'assuré à agir avec précipitation, à ses dépens.

L'habitation de Monsieur Pressé subit une grave inondation endommageant meubles et biens électroménagers.

Le réclamant explique que dans un souci d'efficacité et pour éviter de plus amples désagréments, il s'est débarrassé, dès le lendemain du sinistre, de tous ses biens endommagés. Dans le même temps, il s'était rapproché de son assureur pour déclarer le sinistre et solliciter son indemnisation en fournissant la preuve des biens rachetés à la suite de son sinistre.

Lors de la visite de l'expert, ce dernier n'a pu que constater l'achat des nouveaux biens, mais n'a pu vérifier l'existence des biens sinistrés ni leur valeur par suite de leur disparition. La situation est identique lorsque l'assuré procède aux travaux de réparation et de peinture à la suite d'un dégât des eaux, avant toute visite de l'expert de l'assureur, le mettant ainsi dans l'impossibilité de constater et vérifier l'étendue du sinistre.

Dans ces circonstances, l'expert ne pouvant procéder à aucune constatation, la société d'assurance ne peut délivrer sa garantie.

Le Médiateur est contraint, dans les dossiers soumis à son examen, de rappeler l'alinéa premier de l'article 1353 du Code civil, selon lequel « *Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* ». Il résulte de ce principe fondamental que la charge de la preuve pèse sur celui qui invoque l'obligation, en l'espèce l'assuré qui sollicite le bénéfice de la garantie délivrée par son assureur.

En effet le requérant doit étayer de manière probante sa réclamation en rapportant la preuve de ses allégations et la justification de l'évaluation du préjudice subi. En l'espèce, l'assuré avait transmis :

- d'une part, des photos du lieu avant le sinistre ;
- d'autre part, les factures permettant de justifier de l'existence et de la propriété de certains biens mobiliers.

Pour autant, ces photos, si elles peuvent constituer un début d'indice, ne permettent pas d'établir la preuve que ces biens avaient été effectivement endommagés par l'inondation.

Dans ces dossiers, où l'assureur ne peut procéder à aucune vérification, le Médiateur est contraint de confirmer la décision de l'assureur. À la suite d'un sinistre, il est donc nécessaire d'en conserver toutes les preuves dans un souci de parfaite indemnisation. Il en est de même de l'obtention de l'accord de l'assureur quant à la réalisation des travaux, au risque de voir son droit à garantie rejeté. ●



AU LENDEMAIN DE LA SURVENANCE D'UN SINISTRE, LES ENTREPRISES D'ASSURANCE DEVRAIENT RAPPELER AUX ASSURÉS, AVEC TOUJOURS PLUS DE PÉDAGOGIE, LA LOGIQUE NÉCESSITÉ DE CONSERVER LA PREUVE DU SINISTRE SUBI JUSQU'AU PASSAGE DE L'EXPERT ET, PLUS GÉNÉRALEMENT, LES MODALITÉS DE SA DÉCLARATION. LA DÉLIVRANCE DE CETTE INFORMATION ET SON APPRÉHENSION EFFECTIVE SONT AU CŒUR DE LA VALEUR AJOUTÉE.



LISEZ VOTRE CONTRAT ET CONSERVEZ TOUT !

LA CONDUITE À TENIR APRÈS UN SINISTRE EST GÉNÉRALEMENT DÉCRITE DANS LES CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT. LEUR LECTURE EFFECTIVE AVANT TOUTE DÉCLARATION DE SINISTRE SERA DE NATURE À MINORER LA TENSION INDUITE PAR LA SURVENANCE DE L'ÉVÈNEMENT DOULOUREUX, ET LEUR RESPECT ÉVITERA TOUTE FRUSTRATION SUPPLÉMENTAIRE OU AGISSEMENT PRÉMATURÉ REGRETTABLE.

CARTON ROUGE EN L'ABSENCE D'ARBITRE

En matière de protection juridique, le législateur a, dans un souci de protection des assurés, imposé un certain nombre d'obligations aux assureurs. Parmi elles, figure l'obligation d'information relative à la faculté d'arbitrage par un tiers, en cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré sur les mesures à prendre pour régler un différend.



EN CAS DE REFUS DE L'ASSUREUR DE PROTECTION JURIDIQUE DE PRENDRE EN CHARGE UN RECOURS, L'ASSURÉ PEUT SOLLICITER LA MISE EN PLACE D'UNE PROCÉDURE D'ARBITRAGE, AUX FRAIS DE L'ASSUREUR. TOUTEFOIS, CES FRAIS PEUVENT ÊTRE MIS À LA CHARGE DE L'ASSURÉ LORSQUE CETTE FACULTÉ EST EXERCÉE ABUSIVEMENT.



L'ASSUREUR NE PEUT ÊTRE SEUL JUGE DE L'OPPORTUNITÉ D'UNE ACTION SOUHAITÉE PAR L'ASSURÉ. IL LUI APPARTIENT, COMME L'IMPOSE LA LOI, DE RAPPELER À L'ASSURÉ LES POSSIBILITÉS OFFERTES EN CAS DE DÉSACCORD SUR LES MESURES À PRENDRE POUR RÉGLER UN DIFFÉREND.

Alors qu'il circulait en scooter, un assuré a été victime d'un accident. Afin d'obtenir la réparation de son préjudice, il a sollicité la mise en œuvre de sa garantie « *protection juridique* ».

L'assureur a confirmé prendre en charge les frais et honoraires de l'avocat saisi, dans la limite des barèmes et plafonds contractuellement prévus.

En première instance et en appel, les demandes de l'assuré n'ont été que partiellement accueillies.

Avant de former un pourvoi en cassation, l'assuré a demandé la saisine d'un avocat aux conseils afin d'obtenir une consultation évaluant ses chances de succès.

L'assureur, estimant ce pourvoi inopportun, a refusé d'accéder à cette demande mais a indiqué à l'assuré qu'il prendrait en charge les frais et honoraires de cette procédure si la décision rendue s'avérait favorable.

L'avocat sollicité ayant estimé que le pourvoi était dénué de toute chance de succès, l'assuré a demandé le remboursement du montant de cette consultation, ce que l'assureur a refusé.

Or, l'article L.127-4 du Code des assurances prévoit que « *le contrat stipule qu'en cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le président du tribunal de grande instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'assureur* ».

En outre, l'article L.127-5 du même Code précise qu'en cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré quant au règlement du litige, l'assureur de protection juridique doit informer l'assuré de son droit à recourir à la procédure d'arbitrage exposée précédemment. Cette procédure entraîne la suspension des délais de recours.

Ainsi appartenait-il à l'assureur, en raison du désaccord l'opposant à l'assuré quant à l'opportunité de former un pourvoi en cassation, d'informer ce dernier de la possibilité de soumettre ce différend à un tiers, chargé de les départager.

En ne respectant pas l'obligation qui lui était imposée par l'article L.127-5 du Code des assurances, l'assureur a engagé sa responsabilité contractuelle. En l'occurrence, les dommages subis par l'assuré ont été indemnisés sur la base d'une perte de chance.

Le contrat de protection juridique est en partie réglementé par la loi. Le législateur a notamment prévu des procédures d'arbitrage afin que l'opportunité d'un recours ne relève pas uniquement de la volonté discrétionnaire de l'assureur.

Encore faut-il que l'assuré soit informé de cette possibilité, qui doit être rappelée dans le contrat d'assurance. ●

DOUBLE EFFET *KISS COOL*

Une différence substantielle existe entre le plafond de garantie et le barème de prise en charge, tous deux prévus au sein des contrats d'assurance de protection juridique afin d'encadrer l'indemnisation d'un litige par l'assureur.

Généralement, les prestations dues par l'assureur, dans le cadre de contrats de protection juridique, sont encadrées par deux mécanismes : le plafond de garantie et le barème de remboursement. Ainsi, si un assureur prévoit, dans son contrat, un montant maximal de prise en charge par litige et par année d'assurance, cela ne l'empêche pas de mettre en place une grille tarifaire de remboursement par acte de procédure engagé, dans le cadre d'un sinistre déclaré et garanti.

Dans le cadre d'un différend rencontré avec un tiers, un assuré a demandé le remboursement des frais et honoraires d'avocat à son assureur de protection juridique, conformément aux conditions contractuelles.

L'assureur a alors accordé sa garantie et versé à l'assuré, au cours de la procédure, diverses sommes d'argent, sur présentation des factures acquittées de son avocat et des actes de procédure correspondants.

Néanmoins, l'assuré a contesté les montants versés au motif que ceux-ci ne permettaient pas de rembourser intégralement les sommes réglées à son avocat, alors que son contrat d'assurance prévoyait une indemnisation globale de 15.000 euros.

Le Médiateur a alors rappelé à l'assuré que le plafond de garantie est le montant maximum pouvant être alloué par l'assureur en cas de sinistre, c'est-à-dire qu'il ne saurait être contraint d'aller au-delà de cette somme, même si le montant du sinistre s'avérait supérieur. Selon les dispositions contractuelles, ce plafond peut s'appliquer par sinistre, ou par sinistre et par année d'assurance.

Le barème de prise en charge fixe l'indemnisation de l'assureur pour chaque acte de procédure.

Dans le cas de l'assuré, le contrat prévoyait un plafond de 15.000 euros et un barème détaillant le montant pris en charge pour chaque acte de procédure. Ainsi, dès lors que le barème fixait – pour une procédure devant le conseil de prud'hommes – une prise en charge à hauteur de 800 euros, l'assuré ne pouvait obtenir qu'un remboursement de ce montant, bien que la facture de son avocat se soit élevée à 1.000 euros et que le plafond de garantie n'ait pas été atteint. ●



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSUREURS À FAIRE PREUVE DE LA PLUS GRANDE PÉDAGOGIE DANS LA RÉDACTION DES POLICES COMBINANT PLAFOND DE GARANTIE ET BARÈME DE PRISE EN CHARGE AFIN DE PERMETTRE UNE RÉELLE APPRÉHENSION PAR LES ASSURÉS DE L'ÉTENDUE DE LEURS GARANTIES.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS À LIRE ATTENTIVEMENT LEUR CONTRAT D'ASSURANCE, LORS DE LA SOUSCRIPTION, NOTAMMENT LA PARTIE RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE.

ACCORD FINAL EN SOL MAJEUR (G-DUR)

Une fois indemnisée, la victime peut constater que la somme versée par l'assureur ne permet pas de couvrir l'intégralité des travaux de réparation. Toutefois, lorsqu'elle a signé un accord d'indemnisation, elle ne peut solliciter le versement d'une somme complémentaire.



L'ASSURÉ OU LE TIERS LÉSÉ DOIT SE MONTRER PARTICULIÈREMENT VIGILANT QUANT AU CONTENU DES DOCUMENTS SOUMIS À SA SIGNATURE À L'OCCASION D'UN SINISTRE, CEUX-CI POUVANT CONTENIR UNE CLAUSE DE RENONCIATION À TOUTE CONTESTATION ULTÉRIEURE.

LORSQU'UNE TELLE CLAUSE Y FIGURE, L'ASSURÉ OU LE TIERS LÉSÉ DOIT VÉRIFIER QUE TOUS SES PRÉJUDICES ONT ÉTÉ PRIS EN COMPTE ET QUE LA SOMME VERSÉE SUFFIRA À LES RÉPARER.



L'ASSUREUR DOIT DAVANTAGE ATTIRER L'ATTENTION DE SON ASSURÉ OU DU TIERS LÉSÉ SUR LES CONSÉQUENCES DE LA SIGNATURE D'UN ACCORD D'INDEMNISATION EMPORTANT RENONCIATION À TOUTE CONTESTATION ULTÉRIEURE.

L'assureur de responsabilité d'une entreprise de terrassement a été sollicité pour la prise en charge de dommages causés au mur de soutènement du tiers lésé, à l'occasion de travaux commandés par ce dernier.

À la suite d'une expertise amiable contradictoire, le tiers lésé a signé un accord, prévoyant qu'il acceptait l'indemnité proposée par l'assureur en règlement de ses dommages, renonçant ainsi à tout recours ultérieur à son égard.

Postérieurement à la signature, le tiers lésé, constatant que l'indemnisation allouée par l'assureur ne serait pas suffisante pour couvrir l'intégralité des travaux de réfection, a demandé le versement d'une indemnité complémentaire. Considérant que l'accord d'indemnisation signé l'avait libéré de ses obligations à l'égard du tiers, l'assureur de responsabilité a refusé d'effectuer tout versement supplémentaire.

À cet égard, la jurisprudence considère que la renonciation à agir contenue dans un accord d'indemnisation constitue un acte juridique unilatéral (Cass., civ. 2ème, 2 février 2017, n°16-13.521).

Aussi en application de l'article 1100-1 du Code civil, l'accord d'indemnisation signé par le tiers lésé ne pouvait-il être remis en cause qu'en cas de vice du consentement, incapacité juridique de son signataire ou illicéité du contenu.

En l'espèce, le tiers lésé indiquait avoir simplement mal apprécié le coût total de ses travaux de réparation.

Or, l'erreur d'appréciation sur le coût des travaux ne pouvait s'analyser qu'en une erreur sur la valeur, insusceptible de remettre en cause l'accord d'indemnisation, conformément à l'article 1136 du Code civil.

Au regard de ces éléments, le Médiateur, constatant que les conditions de validité de l'accord d'indemnisation étaient remplies, a conclu que ce dernier ne pouvait être remis en cause. La signature par le tiers lésé de l'accord d'indemnisation avait donc libéré l'assureur de responsabilité de toute obligation à son égard. ●

CHAMBRE AVEC VUE

Lorsque l'assuré sollicite la mise en œuvre de la garantie recours de son contrat, à l'exemple d'une multirisque habitation, l'assureur doit démontrer avoir effectué toute diligence pour obtenir la réparation du préjudice subi par l'assuré. À défaut, il engage sa responsabilité.

Dans le cadre de la réalisation de travaux à son domicile, un voisin de l'assuré a percé – par mégarde – un trou dans le mur les séparant.
L'entière responsabilité du voisin a été établie par une expertise contradictoire et n'était pas contestée par les parties. L'assuré a alors sollicité la mise en œuvre de la garantie recours de son contrat afin d'obtenir la prise en charge, par l'assureur du responsable, des dommages subis.
En réponse à un premier courrier, l'assureur adverse a limité sa proposition d'indemnisation à hauteur de 50 % des dommages en invoquant le caractère mitoyen du mur endommagé.
Malgré les contestations de l'assuré, son assureur a procédé à la clôture du dossier, estimant satisfaisante la proposition adverse. L'assureur a néanmoins précisé à l'assuré qu'il pouvait engager une procédure judiciaire – dont les frais pourraient être pris en charge au titre de la garantie recours – tout en lui indiquant qu'une telle procédure serait juridiquement infondée, de sorte qu'elle ne pourrait permettre d'obtenir une indemnisation supérieure.
Légitimement insatisfait de cette réponse, l'assuré a saisi une association de consommateurs afin de poursuivre les démarches à l'encontre de l'assureur du voisin responsable.
En effet, si l'article 655 du Code civil pose le principe selon lequel « *la réparation et la reconstruction du mur mitoyen sont à la charge de tous ceux qui y ont droit, et proportionnellement au droit de chacun* », la jurisprudence retient néanmoins que le propriétaire d'un mur mitoyen supporte seul les frais de réparation de celui-ci lorsque ces réparations sont rendues nécessaires de son fait, fût-il non fautif.
Tel fut le sens de la correspondance adressée par l'association de consommateurs.
À réception de ce courrier, l'assureur adverse a accepté d'indemniser intégralement les dommages subis par l'assuré.
Toutefois, compte tenu de la longueur du délai écoulé (neuf mois), entre la survenance du sinistre et sa résolution qu'il estimait imputable à son assureur, l'assuré a saisi la Médiation, afin d'obtenir une indemnité.
En l'espèce, le recours avait été intenté par l'assureur tardivement. Si aucune disposition contractuelle ne stipulait d'engagement de délai pour l'exercice du recours, il apparaissait néanmoins qu'en l'absence de tout élément explicatif, ce délai était anormal.
En outre, la communication par l'assureur d'une information juridique erronée sur l'étendue de son droit à réparation a conduit l'assuré à ne pas solliciter la poursuite du recours au plan judiciaire.
En l'occurrence, le délai pris par l'assureur pour mettre en œuvre le recours, combiné à la communication d'une information inexacte, a fait perdre à l'assuré une chance d'obtenir plus rapidement le versement de l'intégralité de l'indemnité due.
Au regard de ces éléments, le Médiateur a demandé à l'entreprise d'assurance de verser une indemnité à l'assuré, au titre de la perte de chance. ●



DANS LE CADRE D'UNE GARANTIE RECOURS, L'ASSUREUR NE PROCÈDE PAS DIRECTEMENT À L'INDEMNISATION DE L'ASSURÉ.

EN EFFET, SON RÔLE CONSISTE À METTRE EN ŒUVRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR OBTENIR LA RÉPARATION DES DOMMAGES PAR LE TIERS RESPONSABLE.

LE MÉDIATEUR S'ATTACHE À VÉRIFIER QUE L'ASSUREUR A EFFECTUÉ, AU TITRE DE LA GARANTIE RECOURS, TOUTES LES DÉMARCHES NÉCESSAIRES À SON SUCCÈS. AINSI, L'ARGUMENTATION JURIDIQUE DÉVELOPPÉE PAR L'ASSUREUR À L'APPUI DU RECOURS EXERCÉ FAIT L'OBJET D'UN EXAMEN PARTICULIER.



EN MATIÈRE DE RECOURS, L'ASSUREUR N'EST PAS TENU À UNE OBLIGATION DE RÉSULTAT. IL LUI APPARTIENT NÉANMOINS D'ÉTAYER JURIDIQUEMENT SES POSITIONS, AFIN DE CONFORTER LES CHANCES DE SUCCÈS DU RECOURS INTENTÉ.

DONNER C'EST DONNER, REPRENDRE C'EST VOLER

Lorsqu'un assuré est victime d'un dommage qui peut être pris en charge au titre d'une garantie contractuelle souscrite, son assureur est tenu de l'indemniser. Il ne saurait être délivré de son obligation par le simple fait que l'assuré conteste le montant de son offre, ou même qu'il intente une action à l'encontre de l'assureur du responsable de son dommage.



EN CAS DE CONTESTATION SUR LE MONTANT DU PRÉJUDICE, LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSUREURS À VERSER UNE PROVISION À VALOIR SUR L'INDEMNISATION DÉFINITIVE.

Un chef d'entreprise a souscrit une assurance automobile qui comportait notamment une garantie corporelle du conducteur. À la suite d'un accident de la circulation non responsable, l'assuré a sollicité la mobilisation de ses garanties contractuelles.

En application des conclusions expertales, l'assureur a émis une offre d'indemnisation, qui a été refusée par l'assuré. Ce dernier contestait aussi bien les évaluations des experts que le montant de l'offre formulée.

Espérant une meilleure indemnisation, l'assuré a alors intenté une action judiciaire à l'encontre de l'assureur du responsable de l'accident.

Compte tenu de la longueur de la procédure judiciaire, l'assuré a finalement demandé à son propre assureur de lui verser la somme initialement proposée, en attendant l'issue du procès. Or, l'assureur considérait que le refus initial de l'assuré avait rendu l'offre caduque. Si la jurisprudence admet que l'assureur peut modifier le montant de sa proposition d'indemnisation lorsque celle-ci a été refusée par l'assuré, il ne peut néanmoins considérer que ce refus le délivre de toute obligation envers ce dernier. Dès lors, l'assuré pouvait effectivement solliciter l'indemnisation de ses préjudices auprès de son propre assureur, bien qu'une procédure judiciaire ait été parallèlement en cours, à l'encontre de l'assureur du responsable.

Pour mémoire, l'assureur conserve la faculté, après avoir indemnisé l'assuré, d'effectuer un recours subrogatoire à l'encontre de l'assureur du responsable.

Ainsi, afin d'éviter le risque de double indemnisation, il appartient à l'assureur dans une telle hypothèse d'intervenir volontairement à l'instance en cours afin de faire valoir sa créance auprès de l'assureur du responsable. En l'espèce, le Médiateur a invité l'assureur à formuler une nouvelle offre d'indemnisation, au regard des éléments d'évaluation des préjudices dont il disposait. ●

2. ASSURANCE DE PERSONNES

ASSURANCE DE PERSONNES
2.A LE CONTRAT

HARA-KIRI SUR LA GARANTIE

En vertu du principe de liberté contractuelle, l'assureur peut restreindre le champ de sa garantie en définissant le risque couvert et en prévoyant des exclusions. Encore faut-il ne pas vider le contrat de sa substance.

L'interprétation des clauses constitue une problématique classique des contrats d'assurance prévoyant le versement d'indemnités journalières, en cas d'incapacité temporaire totale (ITT).

Un assuré ayant subi une intervention chirurgicale liée à des difficultés de procréation, a été placé en arrêt de travail et a sollicité la mise en jeu de sa garantie.

La société d'assurance a refusé de faire droit à sa demande aux motifs que « *le fait générateur de l'arrêt de travail n'est ni une maladie ni un accident tels que contractuellement définis* » et que l'opération chirurgicale est un acte volontaire, exclu de la garantie.

La notice d'information du contrat précise que la notion de « *maladie* » correspond à « *toute altération de la santé constatée par une autorité compétente* ». Cependant, le terme « *altération* » ne faisant l'objet d'aucune définition contractuelle, la définition usuelle a été retenue, en ce qu'une altération est un « *changement qui dénature l'état normal de quelque chose* », en l'occurrence ici, par référence à un être humain bien portant, et non par rapport à l'état initial de l'assuré.

Dès lors, le Médiateur a considéré que le fait générateur – la difficulté de procréer – à l'origine de l'intervention chirurgicale, ayant entraîné l'arrêt de travail, s'apparentait à une maladie au sens du contrat d'assurance et entrait donc dans le champ d'application de la garantie.

L'assureur invoquait également une clause d'exclusion mentionnant que les « *actes volontaires* » n'étaient pas garantis. Cette clause traditionnelle en assurance de personnes vise à exclure du champ de garantie les dommages causés par une action volontaire de l'assuré, notamment sa participation à une rixe ou une auto-mutilation.

La société d'assurance a retenu que l'opération chirurgicale revêtait un caractère volontaire et devait donc être exclue de la prise en charge.

Or, l'article L.1111-4 du Code de la santé publique pose le principe selon lequel « *aucun acte médical ni traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* ». Dès lors, la clause susvisée, telle qu'interprétée par l'assureur, aurait pour effet d'exclure systématiquement de la garantie tout arrêt de travail résultant d'un traitement ou d'une opération médicale, en ce qu'ils requièrent nécessairement le consentement du patient. La clause ainsi interprétée priverait alors la garantie de sa substance.

Or, l'article 1170 du Code civil dispose que « *toute clause qui prive de sa substance l'obligation essentielle du débiteur est réputée non écrite* ».

Dans ces conditions, la société d'assurance ne pouvait valablement opposer l'exclusion contractuelle tenant au caractère volontaire de l'acte pour refuser sa garantie. Le Médiateur a alors invité l'assureur à prendre en charge le sinistre conformément aux dispositions légales et contractuelles. ●



S'IL EST LÉGITIME POUR L'ASSUREUR DE DÉLIMITER LE CHAMP D'APPLICATION DE SA GARANTIE, IL NE PEUT NÉANMOINS STIPULER DE CLAUSES AYANT POUR EFFET DE VIDER SON ENGAGEMENT DE TOUTE SUBSTANCE. À DÉFAUT, UNE TELLE CLAUSE DEVRA ÊTRE ÉCARTÉE.

BIÈRE OU VIN : IL FAUT CHOISIR

Conformément à l'article L.113-1 du Code des assurances, et à une jurisprudence constante, les exclusions contractuelles, pour être valables, doivent être formelles et limitées. Sont ainsi réputées non écrites les clauses imprécises, sujettes à interprétation.



IL APPARTIENT À L'ASSUREUR DE SE MONTRER VIGILANT DANS LA RÉDACTION DES CLAUSES D'EXCLUSION DE SON CONTRAT.

EN EFFET, LES CLAUSES NÉCESSITANT UNE INTERPRÉTATION NE PEUVENT PERMETTRE À L'ASSURÉ DE CONNAÎTRE L'ÉTENDUE EXACTE DE SA GARANTIE.

LEUR INOPPOSABILITÉ EN DÉCOULE.

Le rapport 2016 a été l'occasion d'alerter les assureurs sur la rédaction des clauses d'exclusion liées à l'alcoolémie. De nouvelles réclamations mettent en lumière la difficulté résultant de l'imprécision sur le référentiel à utiliser pour déterminer le niveau d'alcoolémie. Une telle imprécision a ainsi donné lieu à un litige relatif à l'application d'une clause d'exclusion, dans le cadre d'un contrat prévoyant le versement d'un capital en cas de décès consécutif à un accident. L'assuré a été victime d'un accident de la circulation, survenu en Angleterre, et son épouse a sollicité la mise en œuvre de la garantie « *décès par accident* » prévue contractuellement.

L'assureur lui a opposé un refus de garantie fondé sur l'exclusion contractuelle suivante : « *l'assureur ne couvre pas les conséquences : (…) de l'ivresse manifeste ou d'un état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent caractérisé par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air égale ou supérieure aux taux fixés par les dispositions législatives ou règlementaires du code de la route en vigueur lors de l'événement générateur* ». S'il est vrai que l'alcoolémie de l'assuré était, au moment des faits, supérieur au seuil autorisé par le Code de la route français (supérieur à 0,5 g/l de sang), il n'en demeure pas moins que ce dernier était inférieur au seuil autorisé par la loi du lieu de l'accident, autrement dit, par la loi anglaise (0,8 g/l).

La loi française n'était pas expressément visée dans la rédaction de la clause susmentionnée.

Le Médiateur a constaté qu'il existait un doute quant au système juridique auquel la clause faisait référence. En effet, il pouvait être considéré que la notion de « *code de la route en vigueur* » renvoyait au Code de la route français, dès lors que le contrat était lui-même régi par la loi française, ou alors implicitement au code de la route applicable au lieu de survenance de l'accident, soit la loi anglaise en l'espèce.

Selon une jurisprudence constante, la clause d'exclusion qui nécessite une interprétation ne peut être considérée comme formelle et limitée, au sens de l'article L.113-1 du Code des assurances. Elle est donc inopposable à l'assuré. En l'espèce, compte tenu de son imprécision, la clause d'exclusion ne pouvait être considérée comme étant formelle et limitée, et le Médiateur a invité l'assureur à procéder au versement du capital contractuellement prévu. ●

LE COMBLE DE L'ASSUREUR

Le devoir de conseil de l'assureur lui impose de s'enquérir de l'adéquation des dispositions contractuelles avec la situation du souscripteur. Un manquement à ce devoir est particulièrement criant lorsque l'assureur s'avère lui-même dans l'incapacité d'interpréter le sens de sa clause bénéficiaire type.

Un assuré, père de deux enfants, a souscrit un contrat d'assurance-vie. Les bénéficiaires étaient désignés par une clause type dans les termes suivants : « *Les enfants de l'assuré, par parts égales entre eux, à défaut les petits-enfants de l'assuré par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'assuré* ».

Quelques mois après le décès de l'assuré, est survenu celui de l'un de ses fils, alors même qu'il n'avait pas encore accepté le bénéfice du contrat.

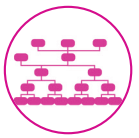
Interrogé par l'enfant survivant sur la manière dont devait être appliquée sa clause type, l'assureur s'est abstenu de prendre position en relevant que deux interprétations, selon lui, étaient possibles : une première, selon laquelle l'enfant survivant et acceptant, en tant que seul bénéficiaire de premier rang restant, devait se voir attribuer l'intégralité du capital ; une seconde, visant à considérer qu'à défaut de l'un des deux bénéficiaires de premier rang, les petits-enfants de l'assuré devenaient bénéficiaires par parts égales, mais seulement à hauteur de la quote-part de cet enfant décédé (soit 50 %).

L'incertitude était donc totale, par suite du télescopage en l'occurrence du droit de l'assurance et du droit des successions. L'entreprise d'assurance a alors accepté de verser, à titre d'acompte, 50 % du capital-décès à l'enfant survivant. « *Et en même temps* », elle invitait ce dernier, pour la moitié restante, à saisir les tribunaux afin de déterminer la volonté réelle de l'assuré au moment de la souscription.

Or, l'assureur est tenu d'un devoir de conseil envers le souscripteur, notamment quant aux conséquences des termes employés pour désigner les bénéficiaires du contrat, *a fortiori* lorsque ceux-ci sont susceptibles de créer une confusion dans l'esprit du stipulant.

L'intérêt d'une clause type réside en principe en la traduction des attentes d'une majorité d'assurés, selon une rédaction offrant toute sécurité.

En l'occurrence, l'un des enfants étant décédé après le dénouement du contrat mais avant acceptation du bénéfice de celui-ci, les termes de la clause litigieuse ne permettaient pas d'en déduire clairement une volonté du souscripteur, d'attribuer la quote-part du capital de son enfant défunt soit aux héritiers de ce dernier, soit à l'autre bénéficiaire de premier rang. ●



LE SOUSCRIPTEUR ASSURÉ DOIT PORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION À ÉLABORER ET EXPRIMER SES SOUHAITS QUANT À LA DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES DE SON CONTRAT À SON DÉCÈS.



POUR TRADUIRE LA VOLONTÉ RÉELLE DU SOUSCRIPTEUR ET PERMETTRE UN RÈGLEMENT RAPIDE DES CAPITAUX-DÉCÈS, L'ASSUREUR DOIT ÊTRE LE GARANT DE LA CLARTÉ ET DE LA PRÉCISION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE.

LE PROFESSIONNEL DEVRAIT ACTUALISER AVEC SES ASSURÉS – SELON L'ÉVOLUTION DE LEUR ENVIRONNEMENT AFFECTIF, VOIRE DES TECHNIQUES PATRIMONIALES – LES CLAUSES BÉNÉFICIAIRES. ELLES DEVRONT PRÉVOIR LES CAS DU PRÉDÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE OU DE SA DISPARITION APRÈS L'ASSURÉ MAIS AVANT ACCEPTATION.

UN ASSURÉ AVERTI EN VAUT DEUX

Les contrats dits « obsèques » ont pour but de verser au bénéficiaire désigné par l'assuré, un capital destiné à régler les frais afférents à ses funérailles, moyennant le paiement d'une cotisation. Il n'est pas rare de voir les assurés invoquer un manquement de l'assureur à son obligation d'information et à son devoir de conseil, lorsque le montant des cotisations payées dépasse celui du capital assuré.



LES ASSURÉS ASSIMILENT TROP SOUVENT LES CONTRATS OBSÈQUES À DES CONTRATS D'ÉPARGNE. AUSSI, EN L'ABSENCE D'OBLIGATIONS LÉGALES SPÉCIFIQUES EN LA MATIÈRE ET DANS UN SOUCI D'INFORMATION DE L'ASSURÉ, LE MÉDIATEUR INVITE-T-IL LES ASSUREURS À FAIRE FIGURER DANS LEURS NOTICES D'INFORMATION, UN ENCADRÉ FAISANT APPARAÎTRE, EN CARACTÈRES TRÈS APPARENTS, LES SPÉCIFICITÉS PROPRES À UN CONTRAT DE PRÉVOYANCE.



DANS UNE PERSPECTIVE D'AMÉLIORATION DE L'INFORMATION DE L'ASSURÉ, LE MÉDIATEUR SUGGÈRE AU LÉGISLATEUR DE PARFAIRE LE DISPOSITIF DU CODE DES ASSURANCES, CONDUISANT L'ASSUREUR À FAIRE MENTION DES CARACTÉRISTIQUES ESSENTIELLES DU CONTRAT, NOTAMMENT PAR L'INSERTION D'UNE MENTION SUR LA PROBABILITÉ QUE LE MONTANT TOTAL DES COTISATIONS VERSÉES JUSQU'AU DÉNOUEMENT DU CONTRAT DÉPASSE *IN FINE*, EN CAS DE SURVIE, LE CAPITAL GARANTI.

Certains contrats obsèques prévoient le versement d'une somme d'argent déterminée, quelle que soit la date du décès, et que le montant des cotisations versées soit ou non supérieur au montant du capital garanti. Leur logique de prévoyance n'est pas toujours facile à appréhender pour les assurés plus habitués à celle des contrats d'épargne.

Un assuré avait souscrit en 2000 un contrat de financement des obsèques, prévoyant le versement, au bénéficiaire désigné, d'un capital de 3.811 euros lors de son décès, afin de couvrir une partie de ses frais d'obsèques, en contrepartie du paiement d'une cotisation mensuelle de 47,28 euros.

En 2017, la fille de l'assuré a constaté que le montant des cotisations payées par son père était supérieur à celui du capital garanti par le contrat. Elle a alors effectué une réclamation auprès de l'assureur afin que soit remboursé l'intégralité des cotisations payées depuis l'adhésion. Elle invoquait, d'une part, un manquement de l'assureur à son obligation d'information, au motif que les relevés d'information annuels transmis à l'assuré ne mentionnaient pas le montant des cotisations payées depuis la souscription, ce qui lui aurait permis de constater qu'il dépassait le montant du capital garanti. Elle arguait, d'autre part, un manquement à son devoir de conseil, en ce que l'assureur ne l'avait pas alerté de ce dépassement.

Le législateur a régulièrement renforcé l'obligation d'information au profit des assurés en cours de contrat. Les dispositions du Code des assurances relatives aux mentions obligatoires devant figurer sur les courriers d'information annuels envoyés à l'assuré, n'imposent cependant pas aux compagnies d'assurance d'indiquer le montant des cotisations versées depuis la souscription. Aussi ne peut-il être reproché à l'assureur un manquement à son obligation d'information sur ce fondement.

Par ailleurs, s'agissant du devoir de conseil de l'assureur, il convient de noter que celui-ci n'est pas absolu. Il ne saurait le conduire à s'ingérer dans la gestion des contrats de ses assurés. En l'espèce, l'assuré ayant reçu toutes les informations utiles au moment de la souscription, il ne saurait être reproché à l'assureur de ne pas avoir rappelé l'économie du contrat en cours d'exécution.

En outre, en cas de cessation des versements, le contrat aurait fait l'objet d'une mise en réduction, ce qui n'était pas nécessairement favorable à l'assuré, le capital réduit étant *de facto* inférieur au capital garanti au titre du contrat et, selon toute vraisemblance, également inférieur au montant des cotisations acquittées.

Si en l'état du droit et de la jurisprudence, il ne peut être retenu dans cette occurrence de manquement de l'assureur, la fréquence des litiges relatifs à une mauvaise compréhension du mécanisme des contrats obsèques rend souhaitable une meilleure information des assurés lors de leur souscription et en cours de contrat. ●

UN FIXE TRÈS VARIABLE

Lorsque le souscripteur d'un contrat d'assurance-vie se voit consentir une avance, le taux d'intérêt fixé pour son remboursement peut être variable, à condition qu'il soit déterminé ou déterminable, ce qui exclut que ce taux puisse varier par la seule volonté de l'assureur.

Dans le cadre d'un contrat d'assurance sur la vie, comportant une valeur de rachat, le souscripteur a la possibilité de solliciter une avance lui permettant de disposer d'une partie des fonds investis sur le contrat, à charge pour lui de rembourser les sommes prêtées, selon les modalités convenues avec l'assureur.

Une telle opération s'analyse comme un prêt à intérêt au sens de l'article 1905 du Code civil, le taux d'intérêt pouvant être légal ou conventionnel. Dans ce dernier cas, si la loi autorise la fixation d'un taux variable ou indexé, celui-ci doit être déterminé ou au moins déterminable lors de la souscription.

Un réclamant a ainsi contesté le montant de remboursement d'une avance réclamé par l'assureur, au motif que ce taux ne respectait pas les conditions susvisées.
L'assureur se prévalait quant à lui du règlement général des avances du contrat, selon lequel les intérêts dus au titre des avances consenties étaient capitalisés mensuellement au taux moyen des emprunts d'état (TME), étant précisé que ce dernier pouvait être majoré par l'assureur au maximum d'un point et demi.

Or, la Cour de cassation a eu l'occasion de préciser que le caractère déterminé ou déterminable du taux d'intérêt conventionnel n'est pas vérifié lorsque l'assureur se réserve le droit de fixer et de faire varier unilatéralement ce taux.

Tel était précisément le cas en l'espèce, l'entreprise d'assurance pouvant majorer ou non le taux de manière discrétionnaire. En effet, si l'avance peut être assortie d'un taux d'intérêt indexé sur le TME, indice par nature variable et objectif, il n'en va pas de même lorsque l'assureur prévoit une majoration de ce TME selon une valeur elle-même variable et soumise à sa seule volonté.

En l'état de la clause litigieuse, le souscripteur savait seulement que le taux d'intérêt ne pourrait pas excéder une certaine valeur (au maximum égale au TME + 1,5 %) mais il ignorait – lors de la souscription et à chaque début de période – quel serait le montant exact de l'éventuelle majoration que l'entreprise d'assurance pouvait faire varier à son gré chaque mois.

Ainsi, la seule existence d'un plafond, en dessous duquel l'assureur pouvait modifier unilatéralement le taux d'intérêt de l'avance, ne permettait pas de considérer que celui-ci possédait un caractère déterminable pour l'assuré. Dans ces conditions, la clause devait être considérée comme nulle, le taux d'intérêt légal se substituant alors au taux d'intérêt conventionnel, conformément à l'article 1907 du Code civil et à une jurisprudence constante. ●



SI L'AVANCE (PROCHE D'UN CRÉDIT LOMBARD) SE PRÉSENTE COMME UN DISPOSITIF ATTRACTIF POUR LES SOUSCRIPTEURS DE CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE, CES DERNIERS DOIVENT GARDER À L'ESPRIT QU'IL S'AGIT D'UNE VÉRITABLE OPÉRATION DE PRÊT POUR LAQUELLE ILS S'ENGAGENT À UN REMBOURSEMENT DU PRINCIPAL ET DES INTÉRÊTS.



LES ENTREPRISES D'ASSURANCE PROPOSANT LE REMBOURSEMENT D'UNE AVANCE SELON UN TAUX D'INTÉRÊT VARIABLE SONT INVITÉES À VÉRIFIER QUE CELUI-CI DEMEURE DÉTERMINABLE POUR LE SOUSCRIPTEUR, CE QUI N'EST PAS LE CAS LORSQUE LA VARIABILITÉ DE CE TAUX DÉPEND, FÛT-CE PARTIELLEMENT, DE LA VOLONTÉ UNILATÉRALE DE L'ASSUREUR.

LE COMPTE EST BON

Dans le cadre des contrats d'assurance-vie permettant des investissements sur des unités de compte, la question des modalités de réinvestissement de leur rémunération est trop rarement explicitée dans les dispositions contractuelles. Or, il incombe à l'assureur, en sa qualité de rédacteur de la police, de rédiger un contrat clair et précis. En effet, les clauses contractuelles « s'interprètent en cas de doute dans le sens le plus favorable au consommateur » (article L.211-1 du Code de la consommation).



LES ASSURÉS DOIVENT ÊTRE ATTENTIFS AUX FORMES QUE PEUVENT PRENDRE LES RÉMUNÉRATIONS DE LEURS INVESTISSEMENTS, DIVERSES SELON LES SUPPORTS CHOISIS, AINSI QU'AUX MODALITÉS DE LEUR RÉINVESTISSEMENT.

En 2012, un assuré a souscrit un contrat d'assurance sur la vie, investissant une partie de ses fonds sur un support en unités de compte, constitué d'actions d'une société cotée en bourse.

En 2017, cette société a procédé à une attribution d'actions gratuites dans le cadre d'une augmentation de capital, selon la parité suivante : la détention de 10 actions ouvrait droit à l'obtention d'une action nouvelle.

L'investissement de l'assuré sur l'unité de compte précitée avait permis l'acquisition de 29 actions de ladite société, ouvrant ainsi droit à l'attribution de deux actions gratuites nouvelles, soit l'équivalent de 20 actions détenues. En matière de contrat d'assurance sur la vie, seule l'entreprise d'assurance est détentrice des titres sur lesquels l'investissement a été réalisé, le souscripteur ayant pour seul droit sa faculté de rachat.

Dans le cas soumis à la Médiation, si l'assureur avait procédé au réinvestissement des deux actions attribuées au titre de l'augmentation de capital, il restait néanmoins en suspens la question des « *rompus* », définis comme la part résiduelle d'actions détenues à la parité fixée, ne donnant donc pas droit à une action nouvelle.

La société émettrice avait précisé dans un document détaillant l'opération d'attribution d'actions gratuites, que les « *rompus* » feraient l'objet d'une indemnisation, par le versement d'une somme d'argent, équivalente à leur valeur.

L'assuré a sollicité le réinvestissement de cette

somme, ce que l'assureur a refusé, estimant qu'aucune disposition contractuelle ne le justifiait. Les conditions générales du contrat prévoyaient simplement que les produits attachés à une unité de compte devaient être réinvestis sur cette dernière.

La somme d'argent attribuée par la société émettrice en contrepartie du « *rompu* » n'était versée qu'en raison de la détention d'actions par l'assureur ; cette détention résultant elle-même de l'investissement réalisé par l'assuré sur l'unité de compte concernée.

Cette somme s'analyse nécessairement en un « *produit attaché à une unité de compte* » au sens du contrat. En effet, et en l'absence de précision, l'expression « *produit* » ne peut être entendue – conformément aux dispositions de l'article L.211-1 du Code de la consommation – que dans son acception la plus large, favorable au consommateur. Il appartenait donc à l'assureur de réinvestir le « *rompu* », sur la même unité de compte, conformément aux stipulations contractuelles.

Si l'assureur est effectivement titulaire des titres financiers et destinataire des dividendes ou revenus qui en sont issus, il ne l'est qu'en raison de l'investissement de l'assuré.

Aussi la logique économique commande-t-elle que l'assuré investisseur soit bénéficiaire de la rémunération résultant de cet investissement, quelle qu'en soit la forme, sauf clause contraire parfaitement explicite contenue dans la police.

Ainsi, en l'espèce, et en l'absence de toute précision, le Médiateur a demandé à l'assureur de réinvestir les sommes perçues au titre du « *rompu* », en application des stipulations contractuelles. ●



LES ASSUREURS DOIVENT FAIRE PREUVE DE LA PLUS GRANDE PRÉCISION AU SEIN DE LA POLICE QUANT À L'AFFECTATION DE LA RÉMUNÉRATION DÉCOULANT DES INVESTISSEMENTS DE L'ASSURÉ, ÉTANT RAPPELÉ QUE TOUTE CLAUSE AMBIGUË SERA INTERPRÉTÉE DANS UN SENS FAVORABLE AU CONSOMMATEUR.

EN L'ABSENCE DE DISPOSITIONS CONTRACTUELLES RÉGLANT EXPRESSÉMENT LE SORT DE LA RÉMUNÉRATION DE L'INVESTISSEMENT DE L'ASSURÉ, IL SERA FAIT RÉFÉRENCE À LA LOGIQUE ÉCONOMIQUE DU CONTRAT AFIN DE DÉTERMINER SON AFFECTATION.

CETTE LOGIQUE BÉNÉFICIE AU CONSOMMATEUR.

IL N'Y A PAS DE PETITE INFIDÉLITÉ

À défaut pour l'assureur de rapporter la preuve qu'une information claire a été portée à la connaissance de l'assuré, la clause de la garantie de fidélité s'analyse en faveur de ce dernier.



L'ENTREPRISE D'ASSURANCE DOIT FOURNIR À SES ASSURÉS UNE INFORMATION CLAIRE, PRÉCISE ET DÉNUÉE D'AMBIGÜITÉ SUR LE FONCTIONNEMENT DE SES GARANTIES CONTRACTUELLES.

Afin d'inciter les assurés à souscrire un contrat d'assurance-vie et à le conserver, les sociétés d'assurance prévoient parfois une prime de fidélité. La formulation de ces clauses peut être source d'incompréhension, comme en attestent nombre de réclamations dans le cas d'espèce. Les dispositions contractuelles énonçaient que, de la onzième à la quinzième année, l'assureur investissait sur le compte retraite 110 % de la prime périodique annuelle, 120 % de la seizième à la dix-neuvième année, puis 170 % pour la vingtième année.

S'il est clair, pour les professionnels de l'assurance, que cet investissement ne s'ajoute qu'à hauteur de 10, 20 et 70 % du montant réel de la cotisation annuelle, puisqu'il est déjà investi, sur le compte retraite, 100 % de ladite cotisation, les pourcentages employés sèment le trouble dans l'esprit de l'assuré, qui espère profiter d'un investissement supplémentaire de 110, 120 et 170 % de la part de son assureur. La société d'assurance doit assumer la responsabilité d'un libellé contestable de la clause litigieuse. C'est ce qu'a affirmé la Cour de cassation, dans un arrêt du 11 mars 2010 (Cass., Civ. 2e, 09-12.535), au visa de l'article L.133-2 du Code de la consommation (L.211-1 nouveau).

Cette sanction, lourde de conséquences pour l'assureur, connaît tout de même une limite dans son interprétation favorable à l'assuré. En effet, si les éléments du dossier permettent d'établir que des explications claires ont été communiquées à l'assuré, alors le mécanisme de la clause de la garantie de fidélité sera apprécié dans son « *langage habituel* ».

S'appuyant sur cette décision, plusieurs assurés, titulaires du contrat litigieux, ont saisi la Médiation afin qu'une lecture favorable de la clause relative à la garantie de fidélité leur soit appliquée.

C'est le caractère alléchant de la garantie fidélité qui peut être, ici, sanctionné, puisqu'il a pu avoir une influence sur le consentement de l'assuré lors de son adhésion.

Par une appréciation *in concreto*, le Médiateur recherche, en application des prescriptions de la haute juridiction, si des explications ont été fournies à l'assuré sur le mécanisme de la clause litigieuse. Il est alors fait appel à un faisceau d'indices, tel qu'un geste commercial proposé à l'adhésion et repris dans les conditions particulières à l'aide de la mention suivante : « *Par dérogation aux conditions générales, la garantie de fidélité garantie au titre de la seizième année est portée à 30 %* », ou la mention manuscrite sur les conditions générales de 10, 20 et 70 % en face de la clause litigieuse, laissant apparaître qu'une information claire a été portée à la connaissance de l'assuré-adhérent.

À défaut de rapporter la preuve d'une telle information, l'assureur se verra contraint de délivrer sa garantie au prix fort ! ●

DES LIMITES DE L'IMPRESSIONISME

Rares sont les contrats qui permettent la prise en charge des incapacités ou invalidités causées par des troubles psychiques ou psychiatriques. Les contrats de prévoyance excluent ainsi fréquemment ces risques, à l'exception de ceux qui ont donné lieu à une hospitalisation supérieure à un certain nombre de jours. Si ces clauses traduisent la légitime volonté de l'assureur de limiter la prise en charge aux troubles les plus graves, encore faut-il que les contours de celle-ci soient clairement établis.

Un assuré avait souscrit en 2007 un contrat de prévoyance destiné à le garantir contre les risques de décès, perte totale et irréversible d'autonomie et incapacité de travail.

En raison d'une affection psychique, il avait été hospitalisé à temps complet en 2015 pendant quatre mois puis avait bénéficié d'une poursuite des soins, en ambulatoire, pendant vingt-neuf mois.

L'assureur avait cessé la prise à charge à compter de la fin de l'hospitalisation à temps complet, invoquant le fait que la garantie n'était acquise que pendant les périodes d'hospitalisation d'une durée minimum de vingt-quatre heures.

À défaut de définition contractuelle de la notion d'hospitalisation, le contenu de cette notion doit être entendu dans son acception large. À cet égard, et selon la classification figurant sur le site internet de la Sécurité sociale, il existe différents types d'hospitalisation : l'hospitalisation à temps complet, l'hospitalisation à temps partiel, l'hospitalisation ambulatoire et l'hospitalisation à domicile.

Il appartenait donc à l'assureur, en sa qualité de rédacteur de la police, d'indiquer précisément que la garantie n'était due qu'en cas d'hospitalisation à temps complet, si tel était son souhait.

En outre, il convient de préciser que la clause litigieuse figure parmi les exclusions de garantie. Conformément à une jurisprudence constante, les clauses d'exclusion sont d'application stricte, ce qui exclut qu'un élément d'interprétation, non expressément mentionné, puisse être opposé à l'assuré.

Par conséquent, en l'absence de limitation expresse de la garantie aux seules hospitalisations à temps complet, l'entreprise d'assurance ne pouvait refuser de poursuivre la prise en charge, dès lors que l'assuré remplissait les conditions de la garantie.

Le Médiateur se fondant sur le bulletin de sortie qui couvrait l'intégralité de la période d'hospitalisation a invité l'assureur à ne plus opposer cette exclusion pour la période d'hospitalisation en ambulatoire et à délivrer sa garantie incapacité de travail dans la limite des autres dispositions contractuelles. ●



LES ASSURÉS DOIVENT POUVOIR DÉTERMINER, À LA LECTURE DES DISPOSITIONS CONTRACTUELLES, LES SITUATIONS DANS LESQUELLES ILS SERONT GARANTIS, ET CELLES DANS LESQUELLES ILS NE LE SERONT PAS.



LES ASSUREURS DOIVENT ÊTRE PARTICULIÈREMENT ATTENTIFS DANS LA RÉDACTION DES CLAUSES D'EXCLUSION ET DES EXCEPTIONS QU'ILS ENTENDENT LÉGITIMEMENT OPPOSER.

DES QUESTIONS TU APPRENDRAS À FORMULER

Lors de la souscription d'un contrat, l'assureur apprécie le risque sur la base des éléments communiqués par l'assuré. Pour conserver un caractère économique à la couverture proposée, l'entreprise d'assurance n'a pas à vérifier la véracité des informations fournies par l'assuré. En cas de fausse déclaration, des sanctions sont prévues par le Code des assurances. L'assureur ne saurait cependant retenir une fausse déclaration sur la base d'une question posée en des termes trop généraux.



L'ASSURÉ DOIT RÉPONDRE AVEC EXACTITUDE AUX QUESTIONS POSÉES PAR L'ASSUREUR, LORS DE L'ADHÉSION. SURTOUT, IL DOIT ÊTRE PLEINEMENT CONSCIENT DES LOURDES CONSÉQUENCES DE LA DÉCOUVERTE D'UNE FAUSSE DÉCLARATION, AU LENDEMAIN DE LA SURVENANCE DU RISQUE.



L'ASSUREUR DOIT ÊTRE VIGILANT AU FORMALISME QU'IL RETIENT POUR INTERROGER L'ASSURÉ SUR LE RISQUE À GARANTIR.
À CET ÉGARD, LE RECUEIL DES ÉLÉMENTS DU RISQUE DOIT ÊTRE CLAIR, PRÉCIS ET DÉNUÉ DE TOUTE AMBIGUÏTÉ.

En 2013, lors de l'adhésion au contrat d'assurance destiné à garantir le remboursement d'un prêt, un assuré avait été conduit à signer une déclaration selon laquelle il attestait, notamment, ne pas être ou ne pas avoir été atteint au cours des dix dernières années « *d'autres infections, symptômes ou quelque maladie que ce soit (hors affections saisonnières)* » ; « *ne pas avoir suivi au cours des 5 dernières années ou ne pas suivre actuellement de traitement médical de plus de 30 jours consécutifs, ne pas recevoir de soins médicaux ou ne pas faire l'objet d'un suivi particulier* ».

Pour prononcer la nullité du contrat, sanction prévue en cas de fausse déclaration intentionnelle, l'assureur a retenu que l'assuré ne pouvait souscrire aux deux affirmations précitées en se fondant sur un certificat médical mentionnant une pathologie dont la date de première constatation était antérieure de quelques mois à l'adhésion au contrat.

La formulation de ces affirmations était elle-même contestable. En l'occurrence, au-delà de l'absence de question à laquelle l'adhérent aurait été invité à répondre par oui ou par non, l'emploi des termes « *infections* » et « *symptômes* » apparaissent trop généraux. Cette terminologie ne permet pas à l'assuré de savoir précisément ce qu'il doit déclarer.

Si l'assuré est obligé de déclarer exactement son risque lors de la souscription d'un contrat, il n'est tenu que de répondre aux questions posées. En effet, dans un légitime souhait de protection des assurés, la Cour de cassation considère que « *la sincérité et l'exactitude des déclarations doit s'apprécier en fonction des questions posées* ». En vertu de l'article L.112-3 du Code des assurances, il est essentiel que les termes utilisés dans le questionnaire de santé ne soient pas généraux, mais suffisamment clairs, précis et intelligibles.

Le Médiateur a donc retenu que les éléments communiqués ne permettaient pas d'établir une fausse déclaration intentionnelle. ●

INFORMER OU LAISSER COURIR

En cas de vente à distance d'un contrat d'assurance, le non-respect de l'obligation d'information précontractuelle à l'égard de l'assuré, dont la charge de la preuve incombe à l'assureur, empêche le départ du délai de renonciation.

La fourniture à distance d'opérations d'assurance est encadrée par le Code des assurances, qui renvoie à une liste exhaustive d'articles du Code de la consommation. Ainsi, doivent notamment être communiquées au consommateur les informations suivantes : les conditions contractuelles, un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice du droit de renonciation (ou de rétractation) lorsque ce droit existe, l'identité du professionnel, les informations relatives aux produits proposés.

En application de l'article L.222-7 du Code de la consommation, l'assuré dispose d'un délai de quatorze jours pour renoncer au contrat. Ce délai commence à courir, en principe, à compter du jour où le contrat à distance est conclu. Toutefois, en cas de défaut de communication des informations précitées, il ne débute qu'à compter du jour où l'intéressé les a reçues.

Le Médiateur a été amené à rappeler qu'en matière d'obligation d'information et de conseil, la charge de la preuve incombe à l'entreprise d'assurance.

En l'espèce, un assuré a été démarché par téléphone par une société de courtage. Pensant qu'il s'agissait de son assureur, dans le cadre de son contrat santé, l'assuré a fourni son relevé d'identité bancaire. Il a ensuite découvert que l'appel avait conduit à la souscription d'un contrat d'assurance auprès d'un autre assureur, et qu'aucun document contractuel ne lui avait été adressé.

L'assuré a alors dénoncé le contrat. L'assureur a refusé cette dénonciation, au motif que le délai pour ce faire n'était pas respecté et qu'en tout état de cause, l'assuré avait signé électroniquement le contrat d'assurance après l'envoi d'un SMS.

En l'absence de tout élément démontrant que les informations précontractuelles avaient effectivement été communiquées à l'assuré, le Médiateur a conclu que l'absence de la remise des conditions générales avait empêché le délai de renonciation de courir, et qu'en conséquence, son expiration ne pouvait pas être opposée à l'assuré.

Il a ainsi été demandé à l'assureur d'annuler le contrat et de rembourser à l'assuré les cotisations prélevées. ●



PRÉALABLEMENT À LA SOUSCRIPTION D'UN CONTRAT D'ASSURANCE CONCLU À DISTANCE, IL INCOMBE À L'ASSUREUR DE TRANSMETTRE À L'ASSURÉ, PAR ÉCRIT OU SUR TOUT SUPPORT DURABLE, L'ENSEMBLE DES INFORMATIONS IMPOSÉES PAR LA RÉGLEMENTATION. L'ASSUREUR DOIT EN OUTRE CONSERVER LA PREUVE DE LA DÉLIVRANCE DE CETTE INFORMATION.



EN CAS DE DÉMARCHAGE TÉLÉPHONIQUE, L'ASSURÉ EST INVITÉ À S'ASSURER DE L'IDENTITÉ DE SON INTERLOCUTEUR, ET CE, AVANT TOUTE COMMUNICATION D'INFORMATIONS PERSONNELLES, NOTAMMENT DE SES COORDONNÉES BANCAIRES.
À RÉCEPTION DES ÉLÉMENTS CONTRACTUELS, L'ASSURÉ DOIT EN PRENDRE CONNAISSANCE AFIN D'USER, SI NÉCESSAIRE, DE SA FACULTÉ DE RÉTRACTATION.

QUI GAGNE PERD

La baisse des taux d'intérêt, pour les prêts immobiliers, conduit nombre d'emprunteurs à renégocier leur prêt. À cette occasion, une nouvelle adhésion à un contrat d'assurance est réalisée. Elle peut être source de litiges relatifs à la prise en charge des sinistres antérieurs au nouveau contrat. L'incompréhension de l'assuré est encore plus importante lorsque la renégociation s'opère auprès du même établissement bancaire que le prêt initial et que le nouveau contrat d'assurance est souscrit auprès du même assureur.



LES ASSURÉS DOIVENT ÊTRE ATTENTIFS AUX CONDITIONS ET CONSÉQUENCES DE LA SOUSCRIPTION D'UN NOUVEAU CONTRAT D'ASSURANCE, FÛT-CE AUPRÈS DU MÊME ASSUREUR ET À DES CONDITIONS INCHANGÉES, LORS DE LA MODIFICATION DE LEUR PRÊT.



L'ASSUREUR ÉTANT TENU D'UNE OBLIGATION DE MISE EN GARDE, IL APPARAÎT ESSENTIEL QUE L'ASSURÉ SOIT BIEN INFORMÉ DES CONSÉQUENCES D'UNE MODIFICATION DU PRÊT SUR L'ÉTENDUE DE SA COUVERTURE ASSURANTIELLE.

En 2011, un assuré avait contracté un prêt auprès d'un établissement bancaire et concomitamment adhéré à un contrat d'assurance afin d'en garantir le remboursement en cas de décès, perte totale et irréversible d'autonomie ou incapacité temporaire totale de travail. En juillet 2014, il avait renégocié son prêt, auprès du même établissement bancaire, et adhéré à un nouveau contrat d'assurance auprès du même assureur et comportant des garanties identiques.

En raison d'un arrêt de travail survenu en avril 2014, l'assuré a sollicité en 2015 la mise en œuvre de sa garantie incapacité temporaire totale de travail auprès de son assureur. Ce dernier a refusé de la délivrer en raison du commencement de l'arrêt de travail avant l'entrée en vigueur du contrat d'assurance en cours.

Le principe de l'aléa est essentiel en matière de contrat d'assurance. Selon l'article 1108 du Code civil, le contrat « *est aléatoire lorsque les parties acceptent de faire dépendre les effets du contrat, quant aux avantages et aux pertes qui en résulteront, d'un événement incertain* ».

Par principe et dans une logique de protection de la mutualité des consommateurs, l'assureur ne saurait être tenu de prendre en charge un évènement antérieur à la souscription du contrat.

Cette position est incontestable lorsqu'il y a une modification du risque assuré, notamment lorsque la modification du prêt augmente la durée du remboursement ou le montant du prêt. Pour autant, elle apparaît moins légitime lorsque le nouveau contrat souscrit auprès du même professionnel concerne le même financement et que le risque n'est pas aggravé.

Dans un souci d'équité, le Médiateur a, dans cette espèce, invité l'assureur à délivrer sa garantie en considération de la validité du contrat initial. ●

ALLÔ ! MAURICE ?

Le fonctionnement optimal de la relation contractuelle en assurance suppose une communication réciproque des parties concernant les éléments pouvant avoir un impact sur le contrat. Aussi l'assuré a-t-il tout intérêt à communiquer à l'assureur certains changements de sa situation, à l'instar d'un déménagement.

Un assuré – n'ayant pas la qualité de résident fiscal français – sollicitait le remboursement des prélèvements sociaux effectués au titre de son contrat d'assurance-vie.

En principe, une telle réclamation relève de la compétence de l'administration fiscale, dans la mesure où l'assureur n'est que collecteur d'impôts pour le compte du Trésor public. Néanmoins, dans le cas présent, la demande de remboursement était prescrite au regard des règles fiscales, de sorte qu'il n'était pas pertinent d'inviter l'assuré à procéder à un tel recours.

De surcroît, en l'occurrence, l'assuré sollicitait une indemnisation, estimant que l'assureur avait commis une faute en appliquant les prélèvements sociaux sur son contrat alors qu'il était domicilié à l'étranger.

Toutefois, lors de l'adhésion du contrat, l'assuré avait déclaré être résident fiscal en France. Il était alors assujetti au droit commun des prélèvements sociaux. Il avait seulement ultérieurement déménagé à l'Île Maurice.

Or, l'article L.136-6 du Code de la Sécurité sociale dispose que : « *Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du Code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu* ».

Il en résulte que seules les personnes fiscalement domiciliées en France sont redevables des prélèvements sociaux.

Si l'assuré précisait avoir informé son organisme bancaire de son changement de domicile, aucun des éléments communiqués n'établissait que cette information avait été portée à la connaissance de l'assureur. En outre, l'assuré ne s'était jamais manifesté auprès de l'assureur concernant l'absence de réception des relevés annuels de situation, lesquels continuaient à être envoyés à l'adresse communiquée à la souscription.

Au regard de ces éléments, aucune faute susceptible d'engager sa responsabilité ne pouvait être reprochée à l'assureur. Dès lors, l'assureur ne pouvait être tenu d'indemniser l'assuré. ●



POUR ÉVITER LES DÉCONVENUES, LE MÉDIATEUR RAPPELLE AUX ASSURÉS QU'IL LEUR APPARTIENT D'INFORMER L'ASSUREUR D'UN ÉVENTUEL DÉMÉNAGEMENT AFIN DE RECEVOIR L'ENSEMBLE DES INFORMATIONS RELATIVES À LEUR CONTRAT D'ASSURANCE-VIE.

PLUS LARGEMENT, IL LEUR EST RECOMMANDÉ D'INFORMER LEUR ASSUREUR DE TOUT CHANGEMENT SUSCEPTIBLE DE MODIFIER LEUR SITUATION.

ASSURANCE DE PERSONNES
2.B LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

DEPENDENCE DAY

Reporter la date de délivrance de la garantie dont l'assureur est redevable à une date déterminée par lui seul, crée un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat.

En augmentation constante, la dépendance est une problématique sociétale nationale qui peut, à titre individuel, être garantie par un contrat d'assurance.

Le plus souvent, les contrats d'assurance prévoient que l'état de dépendance de l'assuré s'évalue par référence à la grille Aggir (Autonomie, gérontologie, groupes iso-ressources), qui classe les personnes selon leur degré de perte d'autonomie. Cette évaluation effectuée par un médecin habilité permet d'attester de l'état de santé de la personne à cette date.

La contestation de la date de reconnaissance de l'état de dépendance de l'assuré constitue une cause récurrente de litige.

Dans un dossier, la clause contractuelle dont se prévalait l'assureur, prévoyait que la date de reconnaissance de l'état de dépendance, bien que fondé sur le classement de l'assuré dans un des groupes iso-ressources (GIR), serait la date de réception, par l'assureur, du dossier complet « *y compris, le cas échéant, les justificatifs et examens complémentaires demandés* ».

Cette clause a pour effet de reporter la délivrance de la garantie normalement due à compter de la réalisation du risque, par application des dispositions de l'article L.113-5 du Code des assurances, à une date ultérieure. Il en découle un déséquilibre significatif au détriment de l'assuré, du fait que la détermination d'une date précise est laissée à la seule appréciation de l'assureur.

Aussi, en application de l'article L.212-1 du Code de la consommation, cette clause doit-elle être réputée non écrite.

Le Médiateur a alors considéré que la date devant être retenue pour la délivrance de la garantie était celle de la réalisation du risque, telle que déterminée par l'expert missionné par l'assureur, bien que cette date soit antérieure à l'envoi du « *dossier complet* ». ●



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS ET LEURS PROCHES À ÊTRE ATTENTIFS AUX CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE DÉPENDANCE ET À APPORTER À L'ASSUREUR TOUT ÉLÉMENT POUVANT PERMETTRE LA RECONNAISSANCE DE SA PERTE D'AUTONOMIE.



AFIN DE NE PAS CRÉER UN DÉSÉQUILIBRE ENTRE LES PARTIES, LES ENTREPRISES D'ASSURANCE APPORTERONT LE PLUS GRAND SOIN À LA RÉDACTION DES CLAUSES CONTRACTUELLES DÉFINISSANT LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE DÉPENDANCE.

L'UNE NE VA PAS SANS L'AUTRE

En l'absence de preuve d'un préjudice, l'entreprise d'assurance ne peut se prévaloir d'une clause de déchéance de garantie relative au non-respect du délai de communication des documents établissant la réalisation du sinistre pour refuser toute prise en charge d'un sinistre. Elle ne peut pas plus solliciter d'indemnisation.

Généralement, les contrats d'assurance imposent deux délais distincts concernant les éléments devant être fournis par l'assuré en cas de sinistre : le premier est relatif au délai imparti à l'assuré pour procéder à la déclaration ; le second concerne le délai accordé pour communiquer les pièces nécessaires à l'instruction de son dossier.

En cas de non-respect de ces délais, il arrive que l'assureur dénie alors sa garantie, en se fondant sur une clause de déchéance figurant au contrat.

Une entreprise d'assurance a refusé d'indemniser un assuré au motif que les documents justifiant son arrêt de travail avaient été transmis au-delà du délai contractuellement prévu.

En effet, une clause contractuelle stipulait que l'assuré devait faire parvenir à l'assureur les éléments justifiant la survenance de son sinistre avant le cent quatre-vingtième jour d'arrêt de travail. Passé ce délai, il était indiqué que l'assureur ne règlerait que les sommes dues à compter de la réception des pièces et dans la mesure où les délais de prescriptions légaux n'étaient pas atteints.

Cette clause, qui a pour effet de priver – au moins en partie – l'assuré de son droit à indemnisation, s'analyse en une déchéance partielle de garantie (Cass., civ. 2e, 30 juin 2004, n°03-14.254).

Or, l'article L.113-11 du Code des assurances dispose à cet égard que « *Sont nulles : (...) 2° Toutes clauses frappant de déchéance l'assuré à raison de simple retard apporté par lui à la déclaration du sinistre aux autorités ou à des productions de pièces, sans préjudice du droit pour l'assureur de réclamer une indemnisation proportionnée au dommage que ce retard lui a causé* ».

Il en résulte que la clause contractuelle susvisée doit être réputée non écrite. La seule sanction

possible pour l'assureur, en cas de communication tardive des justificatifs, est de prétendre au versement d'une indemnité proportionnée au dommage causé par la communication tardive de ces éléments, et non l'absence, pure et simple, de mise en œuvre de la garantie.

Dans tous les cas, ce dommage doit être justifié, et la charge de la preuve incombe à l'assureur. Le préjudice régulièrement invoqué par les entreprises d'assurance – en cas de retard dans la déclaration du sinistre ou dans la production de pièces – est constitué par l'impossibilité de procéder à une expertise médicale permettant d'établir si l'état de santé de l'assuré est, ou non, de nature à entraîner la mobilisation des garanties contractuelles.

En effet, selon les pathologies, il n'est pas toujours possible pour l'expert de déterminer *a posteriori* si l'état de santé de l'assuré justifiait – au jour où ce dernier estime que le sinistre est survenu – la mise en œuvre des garanties contractuelles, de sorte que la déclaration tardive du sinistre par l'assuré peut être à l'origine d'un préjudice pour l'assureur.

En l'occurrence, l'assureur ne démontrait pas avoir subi de préjudice dans la mesure où l'assuré avait fait l'objet d'une hospitalisation depuis la survenance de l'accident. Il ne pouvait donc pas être contesté qu'il se trouvait dans l'impossibilité d'exercer son activité professionnelle, seule condition exigée par le contrat pour bénéficier de la garantie incapacité.

Le Médiateur a alors conclu que l'assureur ne pouvait opposer de déchéance à l'assuré pour communication tardive des éléments justifiant l'arrêt de travail, et qu'il ne pouvait pas plus diminuer le montant de l'indemnisation allouée à l'assuré, en l'absence d'éléments justifiant que ce retard lui ait causé un dommage. ●



AFIN DE PERMETTRE UNE PRISE EN CHARGE EFFICACE, LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS À DÉCLARER LEUR SINISTRE DÈS LEUR SURVENANCE ET À COMMUNIQUER TOUT ÉLÉMENT JUSTIFICATIF DÈS QU'ILS EN ONT CONNAISSANCE.

SANS FAMILLE MAIS NON SANS PREUVE

En matière de droit de la consommation, l'assureur ne peut restreindre contractuellement les moyens de preuve à la disposition de l'assuré pour prouver l'existence d'un fait juridique. Cette impossibilité est rappelée par un certain nombre de normes juridiques, jusqu'à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme.

En application du principe de liberté contractuelle, l'assureur est libre de limiter le champ de sa garantie, à charge pour le prospect d'accepter ou non la souscription. Néanmoins, la liberté contractuelle ne permet pas tout, notamment en matière probatoire, particulièrement lorsque le contrat a été souscrit par un consommateur.

Si l'objet de la rente éducation est de compenser la perte financière subie par l'enfant à charge, au décès de son parent, et que, pour l'assureur, la mise en place de la garantie suppose un lien économique entre l'enfant et son parent assuré, la preuve de ce lien ne saurait être par trop limitée.

L'article R.212-2 du Code de la consommation dispose que la clause d'un contrat d'assurance est présumée abusive lorsqu'elle a pour effet de limiter indûment les moyens de preuve à la disposition du consommateur.

Ainsi, en termes de moyens de preuve, convient-il de distinguer s'il s'agit de prouver un fait ou un acte juridique. Si la preuve n'est pas libre en matière d'acte juridique, elle l'est en matière de fait juridique. Or, le fait de prouver un lien économique entre un enfant et son défunt parent revient à prouver un fait juridique. La preuve d'une telle condition ne peut donc pas être restreinte par le contrat d'assurance, malgré l'existence du principe de liberté contractuelle.

Dans cette logique, le Médiateur a pu inviter l'assureur à accorder le bénéfice d'une rente éducation au fils d'un assuré décédé alors que le lien économique n'était pas démontré au sens du contrat.

Le contrat prévoyait la délivrance d'une rente éducation au profit de chaque enfant à charge, c'est-à-dire les enfants fiscalement rattachés à l'assuré ou les enfants de l'assuré fiscalement rattachés à son concubin.

Dans le cas d'espèce, le potentiel bénéficiaire de la rente éducation était le fils de l'assuré décédé et de sa concubine. Il était fiscalement rattaché à sa mère. Le contrat imposait que le concubin prouve sa domiciliation à la même

adresse que l'assuré en produisant une copie du dernier avis d'imposition, faisant état d'une adresse commune.

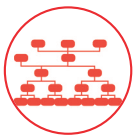
La concubine de l'assuré n'était pas en mesure de fournir le document visé par le contrat mais a produit des justificatifs permettant de prouver la vie commune avec l'assuré pendant plus de sept ans. La vie commune entre l'assuré et la concubine, ainsi que leur fils, ne pouvait donc être démentie.

Conformément aux règles juridiques précitées, le concubinage étant une situation de fait, il peut donc être établi par tout moyen. Dans un esprit d'équité et du fait du faisceau d'indices concordants, le Médiateur a conclu que la condition de preuve était trop restrictive et a invité l'assureur à verser la rente éducation.

Dans un autre cas d'espèce, la condition contractuelle au bénéfice de la rente éducation était que l'enfant vive sous le même toit que son père ou que ce dernier verse une pension alimentaire.

Dans la même logique, le Médiateur a alors invité une société d'assurance à verser une rente éducation à un enfant ne vivant pas sous le même toit que son père et dont il ne recevait pas de pension alimentaire. En effet, en raison de difficultés financières, une pension alimentaire n'avait pas été exigée par les juridictions. À ce titre, l'article 373-2-2 du Code civil alors en vigueur prévoyait que la pension alimentaire pouvait « *en tout ou partie prendre la forme, d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant* ». Aussi le versement d'une contribution départementale ne permettait-il pas, en soi, d'écarter le lien économique.

En l'espèce, bien que le père n'ait pas versé de pension alimentaire, les éléments fournis au dossier rapportaient la preuve que le père décédé participait, dans la limite de ses capacités, à l'entretien et à l'éducation de son fils. En effet, il accueillait son fils régulièrement à son domicile durant les périodes de vacances scolaires, versait chaque mois une petite somme d'argent et participait à l'achat de vêtements et de fournitures scolaires. ●



AFIN DE NE PAS PRIVER LA GARANTIE DE SA SUBSTANCE, LE LIEN ÉCONOMIQUE ENTRE L'ENFANT À CHARGE ET LE PARENT DÉCÉDÉ DOIT ÊTRE APPRÉCIÉ AVEC SOUPLESSE DANS LE CADRE DE LA MISE EN PLACE D'UNE RENTE ÉDUCATION.

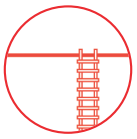
LES MOYENS DE PREUVE NE DOIVENT PAS ÊTRE EXCESSIVEMENT LIMITÉS PAR LES CLAUSES DU CONTRAT D'ASSURANCE.

TERRAIN GLISSANT

La notion d'accident, fondamentale dans les contrats d'assurance, est souvent source d'incompréhension pour les assurés ou les bénéficiaires des contrats. La rigueur d'appréciation de l'assureur est renforcée dans les contrats conditionnant la garantie à un accident cause exclusive du dommage.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSUREURS À NE PAS RETENIR UNE APPRÉCIATION TROP RIGIDE DE LA CAUSE EXTÉRIEURE EXCLUSIVE DU DOMMAGE AFIN DE NE PAS PRIVER LA GARANTIE DE SA SUBSTANCE.



EN CAS DE SAISINE RELATIVE À UN CONTRAT GARANTISSANT LES PRÉJUDICES ACCIDENTELS, LE MÉDIATEUR EST VIGILANT SUR L'ACCEPTATION RETENUE PAR L'ASSUREUR DU TERME « ACCIDENTEL ».

Un assuré avait souscrit un contrat prévoyant le versement d'une aide financière en cas de décès ou d'invalidité permanente totale accidentels. Après son décès, consécutif à une chute de plusieurs mètres lors d'une randonnée en montagne, le bénéficiaire du contrat avait demandé la mise en œuvre de la garantie.

L'assureur refusait la prise en charge au motif que le bénéficiaire ne rapportait pas la preuve du caractère accidentel, le rapport toxicologique mettant en évidence la prise d'antidépresseurs. Le contrat retenait effectivement qu'*« est considérée comme accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant de l'action soudaine imprévisible et exclusive d'une cause extérieure »*.

En raison de l'absence de témoin, les circonstances exactes de la chute n'avaient pu être déterminées. Cependant, tous les rapports médicaux et de gendarmerie concluaient à un décès causé par la chute, écartant notamment l'hypothèse du suicide. Le rapport de toxicologie retenait quant à lui que le décès n'était pas d'origine toxique et qu'aucune molécule propre à modifier le comportement ou altérer la vigilance n'avait pu être mise en évidence.

Le rapport de gendarmerie précisait qu'au vu des éléments, il était très probable qu'à la suite d'un effort physique le randonneur ait souhaité se ravitailler en eau et que pour s'approcher de la cascade il ait emprunté les pentes herbeuses et glissantes à forte déclivité situées en dehors du sentier balisé. La chute a donc été causée par le caractère glissant du sol.

Le décès étant très vraisemblablement lié à une glissade aux abords d'une cascade ayant entraîné la chute de plusieurs mètres et le rapport toxicologique n'établissant pas de lien entre la prise des antidépresseurs et la chute, le Médiateur a demandé à l'assureur de délivrer sa garantie. ●

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES

La Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) constitue un outil visant à faciliter la prise en charge de soins médicaux en Europe, lors de vacances ou d'un court séjour. Son utilisation peut s'avérer incompatible avec certains contrats d'assurance complémentaire santé.

Depuis le 1er juin 2004, la CEAM permet à chaque ressortissant européen de bénéficier de soins de santé urgents et, de manière plus générale, de soins hospitaliers dont il aurait besoin lors d'un séjour temporaire dans l'Espace économique européen ou en Suisse. Les prestations de l'institution de sécurité sociale locale sont alors servies selon les mêmes modalités et tarifs que pour les assurés du pays de séjour. Grâce à l'utilisation de cette carte, le remboursement s'opère plus efficacement et permet d'amoindrir l'avance des frais restant à la charge de l'assuré.

Pour autant, ce système peut engendrer certaines difficultés lorsque des contrats d'assurance complémentaire santé conditionnent la prise en charge des soins effectués à l'étranger à un remboursement, en amont, par le régime d'assurance maladie français.

Ainsi un assuré s'est-il vu refuser le remboursement du reste à charge découlant des frais engendrés par son hospitalisation en Belgique, ceux-ci ayant été remboursés, pour partie, par le régime d'assurance maladie belge, en lieu et place de la Sécurité sociale française.

Le contrat prévoyait effectivement une prise en charge exceptionnelle des soins réalisés à l'étranger à la condition qu'ils aient été remboursés par le régime obligatoire français d'assurance maladie. Cette condition peut s'expliquer par le fait que chaque État-membre dispose de sa propre codification des actes médicaux et de leur prise en charge. Il en résulte que les actes médicaux pratiqués, par exemple, en France, ne font pas nécessairement l'objet d'une codification identique à celle retenue dans un autre pays.

Cette absence d'homogénéité dans les modalités de prise en charge rend excessivement complexe l'indemnisation pour un assureur qui intervient en aval d'un organisme étranger.

Par ailleurs, la CEAM est une faculté offerte au sein de l'Union européenne mais elle n'a pas été conçue en concertation avec les entreprises d'assurance, de sorte que ce mécanisme ne saurait leur être imposé.

Dès lors, le Médiateur n'a pu que constater que l'assureur, en refusant sa prise en charge, avait fait une stricte, mais exacte, application des dispositions du contrat en cause.

Il est néanmoins regrettable que l'assuré ne soit pas alerté quant au risque d'incompatibilité découlant de l'utilisation de cette carte, surtout lorsque ce mécanisme est présenté par les acteurs de la santé comme facilitant la prise en charge des soins dans l'Espace économique européen. ●



LE MÉDIATEUR INVITE L'ASSURÉ À VÉRIFIER LES DISPOSITIONS DE SON CONTRAT AVANT TOUT DÉPLACEMENT À L'ÉTRANGER ET, EN CAS DE SINISTRE, À JUGER DE L'OPPORTUNITÉ DE PRÉSENTER OU NON LA CEAM (AFIN SOIT DE BÉNÉFICIER SELON LES CAS D'UNE AVANCE DES FRAIS, SOIT DE PROCÉDER À LEUR RÈGLEMENT POUR OBTENIR, DÈS SON RETOUR, UN REMBOURSEMENT AUPRÈS DE L'ORGANISME DE SÉCURITÉ SOCIALE FRANÇAIS).



LE MÉDIATEUR INVITE LES POUVOIRS PUBLICS À ENGAGER UNE RÉFLEXION AVEC LES ACTEURS CONCERNÉS POUR AMÉLIORER LA COHÉRENCE DU DISPOSITIF ET LA COMPATIBILITÉ ENTRE LA CEAM ET LES CONTRATS D'ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ.

TU NE TUERAS POINT

La tentative de meurtre de l'assuré par le bénéficiaire ne remet pas en cause les effets de l'assurance. Elle permet simplement au souscripteur de révoquer l'attribution de son bénéfice. Le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire a, pour sa part, des conséquences beaucoup plus marquées sur le devenir du contrat.



L'ASSUREUR NE SAURAIT, EN CAS DE MORT SUSPECTE DE L'ASSURÉ, ATTENDRE L'ISSUE DU PROCÈS PÉNAL POUR VERSER AU BÉNÉFICIAIRE DU CONTRAT LE CAPITAL PRÉVU. CE VERSEMENT DOIT INTERVENIR DÈS LORS QUE LE BÉNÉFICIAIRE N'A PAS ÉTÉ MIS EN EXAMEN À L'ISSUE D'UNE PÉRIODE USUELLE DANS DES CIRCONSTANCES SIMILAIRES.

L'article L.132-24 du Code des assurances dispose que le contrat d'assurance cesse d'avoir effet à l'égard du bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'assuré ou au contractant. Cette exclusion légale de garantie, en cas de meurtre de l'assuré, ne s'applique que sous certaines conditions :

– le décès de l'assuré ou du stipulant doit résulter d'un acte volontaire. L'exclusion légale ne s'applique donc pas en cas d'homicide involontaire ;
– le bénéficiaire doit avoir été condamné en qualité d'auteur, de coauteur ou de complice pour meurtre, assassinat ou empoisonnement.

Depuis la loi n° 81-5 du 7 janvier 1981, une condamnation pénale du bénéficiaire est nécessaire pour le priver du bénéfice du contrat d'assurance. Il en résulte qu'en l'absence de poursuite ou, plus simplement, de décès du bénéficiaire avant l'issue de la procédure pénale, l'exclusion légale est écartée. L'assureur est alors tenu à garantie, à l'égard du bénéficiaire ou de ses héritiers.

La Médiation a été saisie d'un litige, dans lequel un assuré, titulaire d'un contrat d'assurance-vie mixte souscrit en 1989, fut assassiné en 2014. Le bénéficiaire du contrat a alors sollicité le versement des capitaux décès. L'entreprise d'assurance lui a opposé un refus, en se fondant sur l'article L.132-24 du Code des assurances et a réclamé la preuve officielle que le bénéficiaire n'avait aucune responsabilité dans les circonstances qui ont conduit à la disparition de l'assuré.

Or, pour que l'exclusion de l'article susvisé puisse être opposée, le bénéficiaire doit être l'auteur, le coauteur ou le complice du crime perpétré sur la personne de l'assuré et doit avoir fait l'objet, à ce titre, d'une condamnation pénale.

Aucun document versé au dossier n'indiquait que la procédure pénale, dans le cadre de laquelle le bénéficiaire s'était constitué partie civile, aurait conduit à son placement en garde à vue, son audition sous le statut de témoin assisté ou sa mise en examen.

En tout état de cause, en l'absence de condamnation pénale et de l'écoulement du temps, le Médiateur a invité l'assureur à procéder au règlement du capital décès, la clause d'exclusion légale ne trouvant pas à s'appliquer. ●

BRIGITTE BARDOT, BARDOT

L'imprécision de rédaction d'une clause bénéficiaire n'entraîne pas sa nullité dès lors qu'il est possible de procéder à son interprétation, conformément à la volonté du souscripteur. Tel a été le cas en présence d'une clause, stipulée au profit d'une association de protection des animaux qui, bien que ne précisant pas sa dénomination exacte, pouvait tout de même être appliquée dès lors qu'il n'existait qu'une seule association répondant à la description faite par le souscripteur.

En assurance-vie, la désignation de bénéficiaires déterminés est essentielle, en particulier pour profiter des avantages fiscaux applicables en cas de décès. Il est important que la clause soit clairement rédigée afin d'éviter toute ambiguïté, et donc tout litige, lors du décès de l'assuré. En effet, lorsque la clause ne peut être comprise, le capital réintègre alors l'actif successoral de l'assuré, entraînant ainsi la perte de ses charmes fiscaux.

Lors de la conclusion du contrat d'assurance-vie, le souscripteur peut : soit, effectuer une désignation nominative du bénéficiaire en cas de décès ; soit, utiliser une clause type proposée par l'assureur, souvent rédigée ainsi : « *Mon conjoint, à défaut mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par suite de décès ou de renonciation, par parts égales entre eux, à défaut mes ascendants, à défaut mes héritiers* ».

Un assuré avait adhéré à un contrat d'assurance sur la vie et désigné son fils comme bénéficiaire de ce contrat.

Plusieurs années après, l'assuré avait procédé à la modification de la clause bénéficiaire au profit d'une association destinée à la protection des animaux, mais dont le libellé ne correspondait pas exactement à la dénomination d'une association existante.

Au décès de l'assuré, son fils, bénéficiaire initialement désigné lors de la souscription, a sollicité le versement des capitaux décès. L'assureur a cependant choisi de verser le capital à une association dont l'objet correspondait étroitement aux termes de la clause bénéficiaire.

Le fils de l'assuré a alors contesté le versement du capital décès, au motif que le contenu de la clause n'était pas exact et que, par conséquent, cette désignation devait être considérée comme nulle. À l'inverse, l'assureur soutenait que, si le nom de l'association n'était pas exactement stipulé, sa dénomination ainsi que la description de son activité s'en rapprochaient fortement.

En préalable, le Médiateur a rappelé qu'il était loisible au souscripteur de désigner comme bénéficiaire une personne physique ou morale. Il s'est ensuite référé à la jurisprudence la plus récente de la Cour de cassation imposant, en matière d'interprétation de clause bénéficiaire, de rechercher la volonté réelle du souscripteur. En l'occurrence, il n'était pas contesté que l'assuré souhaitait gratifier une association dédiée à la protection des animaux.

La concordance des termes utilisés dans la clause bénéficiaire et dans l'objet social de l'association permettait à l'assureur, en l'absence d'un quelconque risque de confusion avec une autre association, de déterminer le bénéficiaire désigné par le souscripteur. ●



POUR ÉVITER TOUT RISQUE DE LITIGE, IL EST RECOMMANDÉ AUX ASSURÉS DE FAIRE PREUVE DE VIGILANCE LORS DE LA RÉDACTION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE, ET D'ÊTRE LE PLUS CLAIR ET PRÉCIS POSSIBLE DANS SA RÉDACTION. LA CÉLÉRITÉ DU RÈGLEMENT DES CAPITAUX DÉCÈS EN SERA AMÉLIORÉE ET D'ÉVENTUELS LITIGES QUANT À SON INTERPRÉTATION, ÉVITÉS.



LORSQUE LE SOUSCRIPTEUR RÉDIGE OU MODIFIE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE DE SON CONTRAT, IL APPARTIENT À L'ASSUREUR D'EN CONTRÔLER LA RÉDACTION. IL DOIT ÉGALEMENT ATTIRER L'ATTENTION DU SOUSCRIPTEUR SUR LES CONSÉQUENCES – NOTAMMENT FISCALES – DE L'IMPRÉCISION OU DE L'INADÉQUATION D'UNE CLAUSE.

FRUCTUS ET TERMINUS

Tant que les droits individuels de l'assuré sont en cours de constitution, c'est-à-dire tant que la rente n'a pas été liquidée, le transfert d'un contrat retraite peut intervenir après la mise en retraite de l'assuré.



IL APPARTIENT À L'ASSURÉ QUI SOUHAITE TRANSFÉRER SON CONTRAT RETRAITE, DE VEILLER À LE FAIRE AVANT LA LIQUIDATION DE LA RENTE.



L'ASSUREUR DOIT FAIRE DROIT À LA DEMANDE DE TRANSFERT DU CONTRAT RETRAITE, INTERVENANT ANTÉRIEUREMENT À LA LIQUIDATION DE L'ÉPARGNE. IL DOIT APPORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION À LA CLARTÉ DE LA RÉDACTION DES CLAUSES RELATIVES AUX CONDITIONS ET MODALITÉS DE CE TRANSFERT.

Les contrats de retraite permettent aux assurés de disposer d'un revenu régulier jusqu'à leur décès. L'épargne acquise est en principe bloquée jusqu'à la mise en retraite de l'assuré. Au regard du contexte économique, le législateur a toutefois prévu, au sein de l'article L.132-23 du Code des assurances, que ces contrats pouvaient faire l'objet d'un rachat exceptionnel, ainsi que la possibilité d'un transfert des sommes acquises vers un autre contrat de même nature.

Si la Médiation est saisie de nombreux litiges concernant le rachat anticipé de ces contrats, le transfert des sommes acquises constitue une problématique également récurrente.

Le transfert nécessite que les sommes soient versées sur un contrat de même nature, « *et en même temps* », que les droits individuels au titre du contrat d'assurance d'origine soient toujours en cours de constitution (article L.143-2 du Code des assurances).

La question posée dans des cas soumis à la Médiation était de savoir, dans le cadre de la législation actuelle, si l'assuré était en droit, postérieurement au terme contractuel de 65 ans, de solliciter le transfert de son contrat retraite, dit « *Article 83* », vers un PERP. En d'autres termes, il s'agissait de déterminer si les droits individuels de l'assuré étaient toujours en cours de constitution après le terme contractuel, en l'absence de versement de cotisations.

L'organisme assureur considérait que les droits individuels avaient cessé de se constituer au terme contractuel, date à partir de laquelle l'assuré ne pouvait donc plus solliciter le transfert de son contrat.

Le Médiateur a rappelé que les droits individuels de l'adhérent demeurent « *en cours de constitution* » au terme de l'adhésion, et ce même en l'absence de versement des cotisations, jusqu'à la liquidation de l'épargne. En effet, les sommes acquises fructifient jusqu'à cette date.

En l'espèce, les dispositions contractuelles prévoyaient qu'au terme du contrat, l'assuré pouvait percevoir sa rente, à la condition qu'il ait procédé à la liquidation de sa pension de retraite, auprès du régime de base de la Sécurité sociale.

Au-delà du terme de l'adhésion fixé aux 65 ans de l'assuré, le contrat continuait donc de produire ses effets, et ce, tant qu'il n'y avait pas eu liquidation de sa pension de retraite du régime de base de la Sécurité sociale, puisque la liquidation de la rente y était subordonnée.

Aucun élément communiqué à la Médiation ne permettait de constater que l'assuré avait procédé à la liquidation de sa pension de retraite, auprès du régime de base de la Sécurité sociale, l'épargne acquise ne pouvait donc pas être liquidée. La constitution des droits individuels de l'assuré était toujours en cours, après le terme contractuel, autorisant alors le transfert du contrat retraite dit « *Article 83* » vers un PERP. ●

PAS DE CHOIX TUE LE CHOIX

S'il appartient à l'assuré de prendre connaissance des choix d'option de rente qui s'offrent à lui et ce, dès la souscription de son contrat de retraite, il apparaît nécessaire que son assureur les lui rappelle, de façon claire, au moment de la liquidation de son contrat.

Généralement, au terme d'un contrat retraite, il existe plusieurs options au sein de la police permettant à l'assuré de moduler le montant de sa rente en fonction de sa situation personnelle et de ses besoins. Il peut ainsi opter pour le versement d'une rente viagère classique, d'une rente avec une sortie partielle en capital, ou encore d'une rente réversible.

À ce sujet, la Médiation a été saisie par un assuré qui souhaitait modifier le choix effectué lors de la liquidation de son contrat, pour percevoir sa rente sous forme de capital. Face au refus de l'assureur, il indiquait, entre autres, que son assureur avait manqué à son devoir d'information en ne lui précisant pas les options qui s'offraient à lui.

Cette situation pourrait être aisément évitée si au moment de la liquidation du contrat, l'assureur rappelait clairement à l'assuré les différentes options possibles, tout en mentionnant que le choix arrêté ne pourra être modifié postérieurement à la liquidation du contrat d'assurance.

En l'espèce, s'il est regrettable que l'assureur n'ait pas rappelé à l'assuré les options dont il bénéficiait, au moment de la liquidation de son contrat, il disposait néanmoins d'informations claires au sein des dispositions contractuelles lui permettant de manifester son choix dans le temps imparti auprès de son assureur.

La Médiation a également eu à connaître d'un litige où l'épouse d'un assuré décédé (très) prématurément s'est vue refuser le bénéfice de sa pension de réversion, l'assureur faisant valoir que l'option n'avait pas été souscrite lors de la liquidation de son contrat.

L'assureur retenait qu'en apposant sa signature sur son formulaire de liquidation de rente, l'assuré avait fait le choix d'une rente viagère non réversible.

Or, si l'assuré avait effectivement signé son formulaire de demande de liquidation de rente, celui-ci ne précisait pas que le montant de la rente était sans réversion, alors que l'assureur disposait de tous les éléments en sa possession pour procéder à une estimation de rente avec réversion à l'assuré et lui permettre ainsi de choisir entre rente avec ou sans réversion.

Par cette omission, l'assureur a fait perdre une chance à l'assuré d'opter pour la rente de réversion. Le Médiateur l'a donc invité à verser à la réclamante le quart de la pension de réversion qu'elle aurait eu si son époux avait pu choisir cette option. ●



L'ASSURÉ DOIT ACCORDER UNE ATTENTION PARTICULIÈRE AUX DISPOSITIONS CONTRACTUELLES CONCERNANT LES DIFFÉRENTES OPTIONS DE LIQUIDATION DE SON CONTRAT, ET CE, DÈS LA SOUSCRIPTION DE SON CONTRAT DE RETRAITE.



POUR RENFORCER L'ADÉQUATION DE SON OFFRE AUX BESOINS DE SES ASSURÉS, L'ASSUREUR DOIT LEUR RAPPELER INTELLIGIBLEMENT LES CHOIX D'OPTIONS DE RENTE QUI S'OFFRENT À EUX AU MOMENT DE LA LIQUIDATION DE LEUR CONTRAT DE RETRAITE.

TIC TAC

À l'image du lapin blanc d'*Alice au pays des merveilles « en retard, toujours en retard », *de nombreuses saisines sont relatives à des demandes de versement d'intérêts de retard dans le cadre du règlement des capitaux décès.



LE MÉDIATEUR A DÉJÀ SOULIGNÉ, DANS SON RAPPORT POUR L'ANNÉE 2017, L'INEXISTENCE DE SANCTION ASSORTIE AU NON-RESPECT DU DÉLAI DE QUINZE JOURS POUR SOLLICITER LES PIÈCES. IL AVAIT ALORS RAPPELÉ SA POSITION CONSISTANT, EN CAS DE RETARD EXCESSIF ET AU TITRE DE L'ÉQUITÉ, À VERSER UNE SOMME ÉQUIVALENTE À DES INTÉRÊTS DE RETARD. À CET ÉGARD, LE MÉDIATEUR SALUE L'AMENDEMENT EN CE SENS, DANS LE CADRE DE L'ÉLABORATION DE LA LOI PACTE (ARTICLE 72).



AFIN D'ÉVITER TOUT LITIGE, IL EST CONSEILLÉ AUX ASSUREURS DE TRANSMETTRE AU(X) BÉNÉFICIAIRE(S), DÈS LA CONNAISSANCE DU DÉCÈS, LA LISTE EXHAUSTIVE DES PIÈCES NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT, DANS LE DÉLAI PRÉVU PAR LE CODE DES ASSURANCES.

La loi Eckert (n°2014-617) du 13 juin 2014 a modifié l'article L.132-23-1 du Code des assurances et s'applique aux décès survenus à compter du 1er janvier 2016.

Cet article prévoit désormais que l'assureur dispose d'un délai de quinze jours à compter de la réception de l'avis de décès ou de sa prise de connaissance des bénéficiaires pour solliciter les pièces nécessaires au paiement du capital.

À réception, l'assureur dispose d'un délai d'un mois pour procéder au règlement des capitaux décès, à défaut de quoi le capital non versé produit de plein droit intérêt, au double du taux légal pendant deux mois, puis au triple du même taux au-delà.

Si l'assureur s'aperçoit alors qu'il a omis de solliciter, dans le délai initial de quinze jours, une pièce nécessaire au paiement, le délai d'un mois pour procéder au versement n'est pas suspendu. La Médiation a été confrontée, à plusieurs reprises, à des litiges relatifs à une demande de pièces tardives, entraînant un retard dans le versement des capitaux aux bénéficiaires.

Un assureur a ainsi eu connaissance du décès de son assuré le 1er décembre 2016. Néanmoins, ce n'est que le 23 mars 2017 que les pièces nécessaires ont été sollicitées auprès du bénéficiaire, soit au-delà du délai de quinze jours.

S'il n'est pas contesté que l'article précité du Code des assurances impose effectivement un délai à l'entreprise d'assurance, ce texte ne prévoit néanmoins aucune sanction en cas de non-respect par la société d'assurance.

Or, l'objectif du législateur était d'encadrer les délais octroyés aux entreprises d'assurance afin que le capital puisse être versé aux bénéficiaires dans un délai raisonnable.

En l'absence de sanction prévue lorsque l'assureur tarde à adresser la demande de pièces, les bénéficiaires ne sont pas automatiquement dédommagés, alors même que ce retard a nécessairement pour effet de décaler le versement du capital.

Dans une telle hypothèse, le Médiateur invite l'assureur, au titre de l'équité et dans un souci de règlement amiable, à verser une indemnité au réclamant. ●

TROP TARD, C'EST TRÈS VITE

La mise en œuvre des contrats de retraite supplémentaire est parfois source de difficultés lorsque l'assuré bénéficiaire décède avant la liquidation de la rente. Il en va ainsi du versement d'une rente de réversion plusieurs années après le décès de l'assuré, alors même que l'organisme assureur en était informé.

La question de la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non-réclamés se pose régulièrement et suscite de nombreux différends. Les diverses législations intervenues depuis 2005, et la communication y afférant, ont fait croître les réclamations en la matière.

Ainsi, un classique consiste en la réclamation relative au versement d'une rente de réversion plusieurs années après le décès de l'assuré, bénéficiaire d'un contrat de retraite.

Ce type de contrat a pour unique dessein le versement d'une rente supplémentaire au moment du départ en retraite de l'assuré. Il arrive malheureusement que l'assuré décède avant la mise en service de la rente, que l'organisme assureur en soit informé mais que l'ayant droit bénéficiaire ne perçoive la rente de réversion que plusieurs années plus tard.

Dans une espèce, l'organisme assureur, dans le cadre de la recherche des bénéficiaires, avait retrouvé en 2015, les ayants droit de l'assuré – décédé en 1998 – et avait versé la rente de réversion ainsi que les arriérés de rente.

Toutefois, l'assureur avait alors appliqué à ces arriérés la valeur du point en 1998 – et la table de mortalité TGF05.

Or, afin de rétablir les droits du bénéficiaire à la date à laquelle il aurait dû en disposer, il convient de le replacer dans la situation exacte qui aurait été la sienne si la réversion avait été mise en place au décès de l'assuré. Ainsi en l'espèce, la table de mortalité devant être appliquée par l'assureur pour la conversion du capital constitutif en rente, était la table de mortalité en vigueur au moment du décès de l'assuré, soit la table TRPV93, et non celle en vigueur au jour du versement des arriérés.

Dès lors, le Médiateur a invité l'entreprise d'assurance à rétablir intégralement les droits du bénéficiaire de la rente de réversion, et à appliquer – outre la valeur du point lors du décès de l'assuré – la table de mortalité en vigueur à cette date. ●



DEPUIS LA LOI DU 15 DÉCEMBRE 2005, UN MÉCANISME DE RECHERCHE DES CONTRATS NON RÉCLAMÉS, *VIA* L'ASSOCIATION POUR LA GESTION DES INFORMATIONS SUR LE RISQUE EN ASSURANCE (AGIRA), A ÉTÉ MIS EN PLACE. TOUTE PERSONNE PENSANT ÊTRE BÉNÉFICIAIRE D'UN CONTRAT D'ASSURANCE-VIE PEUT AUJOURD'HUI INTERROGER L'AGIRA ET CE, EN VERTU DE L'ARTICLE L.132-9-2 DU CODE DES ASSURANCES.

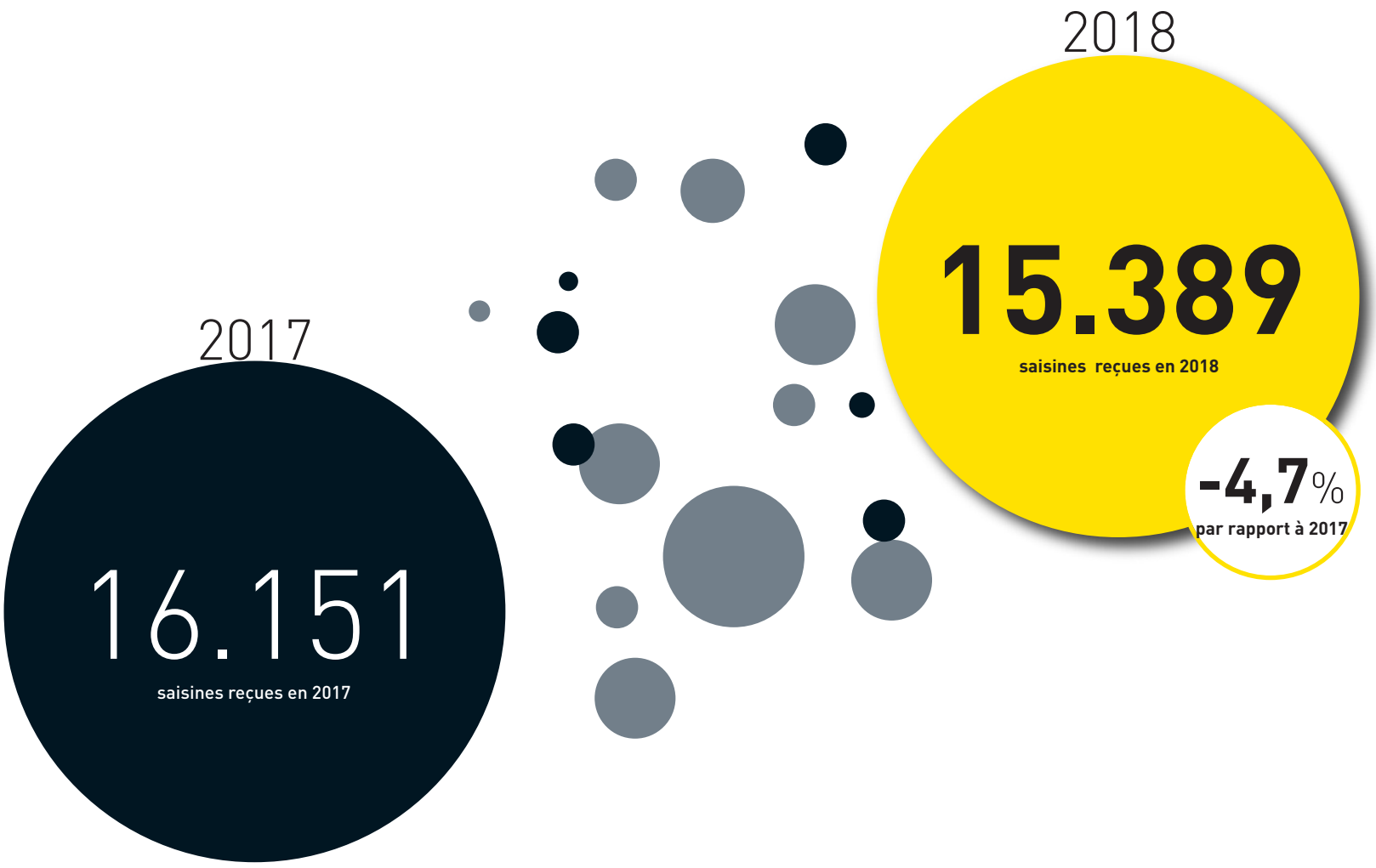


UNE ATTENTION TOUTE PARTICULIÈRE DOIT ÊTRE PORTÉE PAR LES ENTREPRISES D'ASSURANCE S'AGISSANT DES CONTRATS D'ASSURANCE SUR LA VIE EN DÉSHÉRENCE. UNE RECHERCHE DE BÉNÉFICIAIRES TROP TARDIVE PEUT ÊTRE SOURCE DE DIFFICULTÉS, EN RAISON NOTAMMENT DES MODALITÉS DE VERSEMENT DE LA RENTE MISES EN ŒUVRE DES ANNÉES APRÈS LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ.

3. LA MÉDIATION EN QUELQUES CHIFFRES

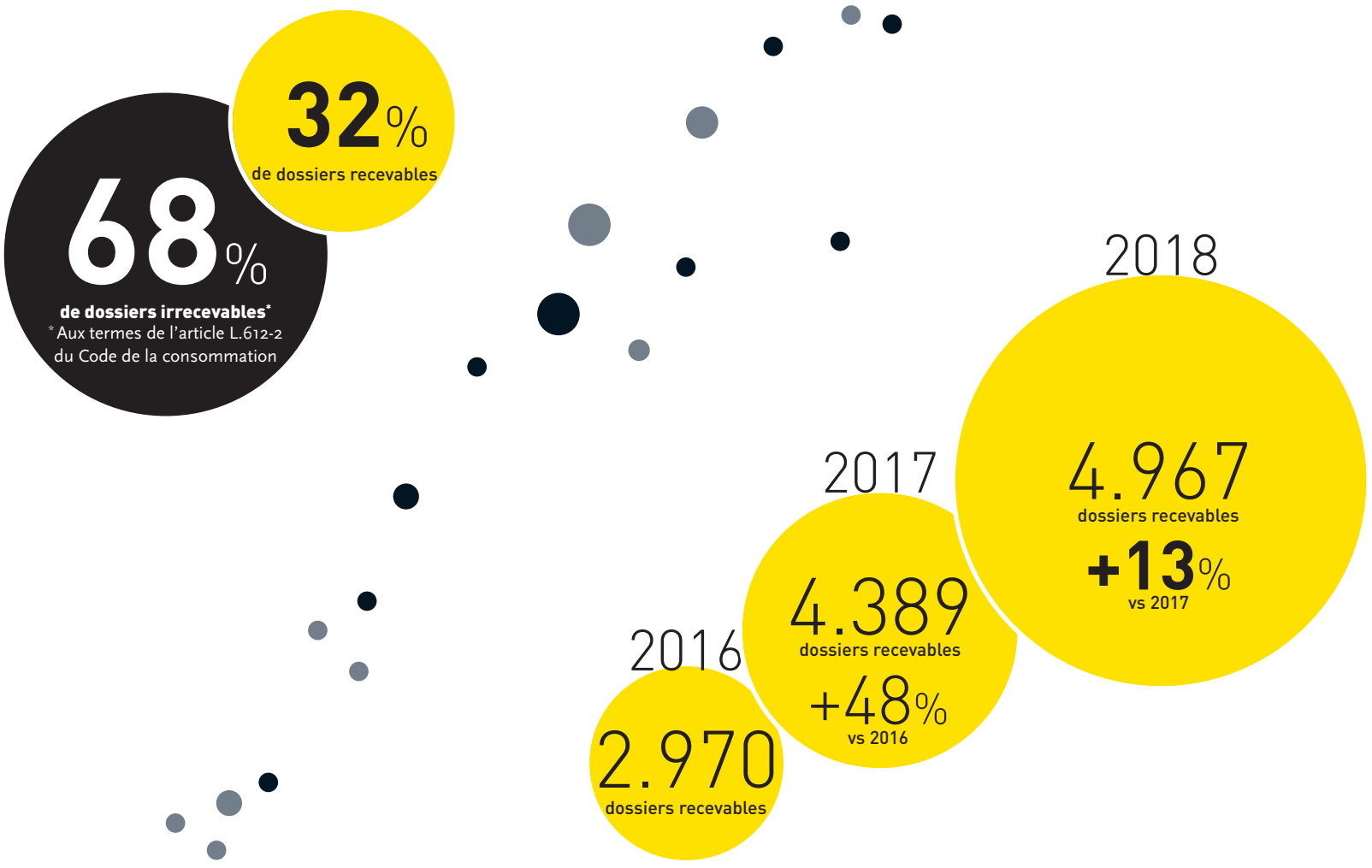
LES SAISINES REÇUES EN 2018

L'année 2018 marque une inflexion dans la progression des saisines. Ainsi leur nombre est-il pour la première fois en **diminution, de 4,7%**. Cette évolution semble consécutive à la prise de conscience, par les intermédiaires et entreprises d'assurance, de l'importance d'un traitement efficient et en amont des réclamations.



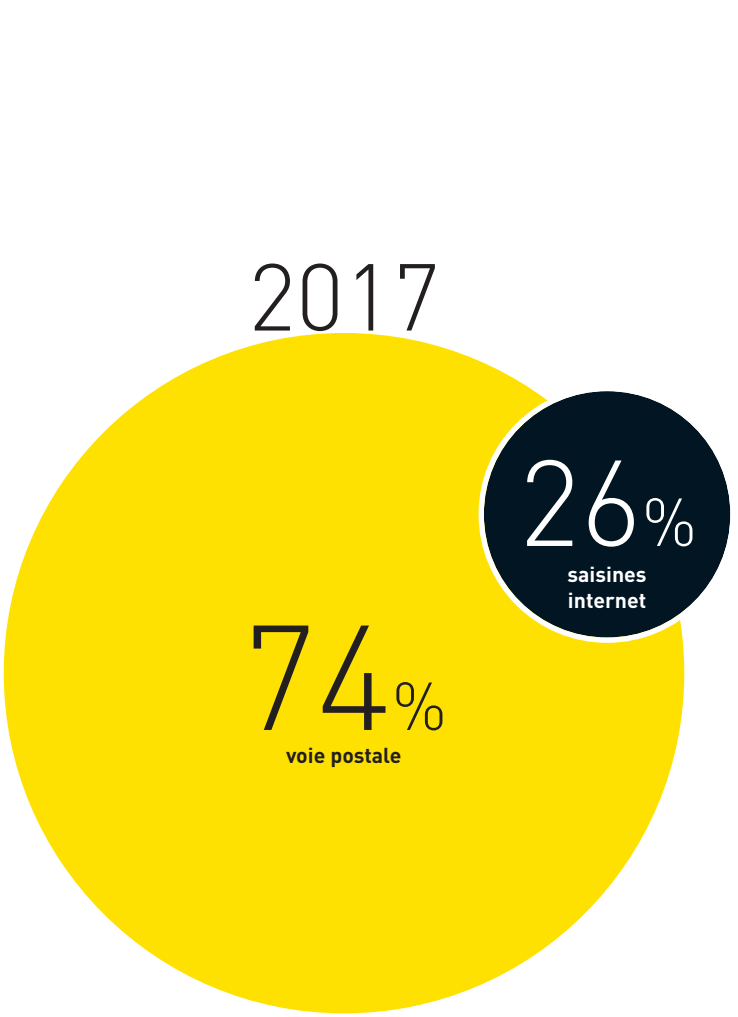
DES SAISINES RECEVABLES EN CONSTANTE CROISSANCE

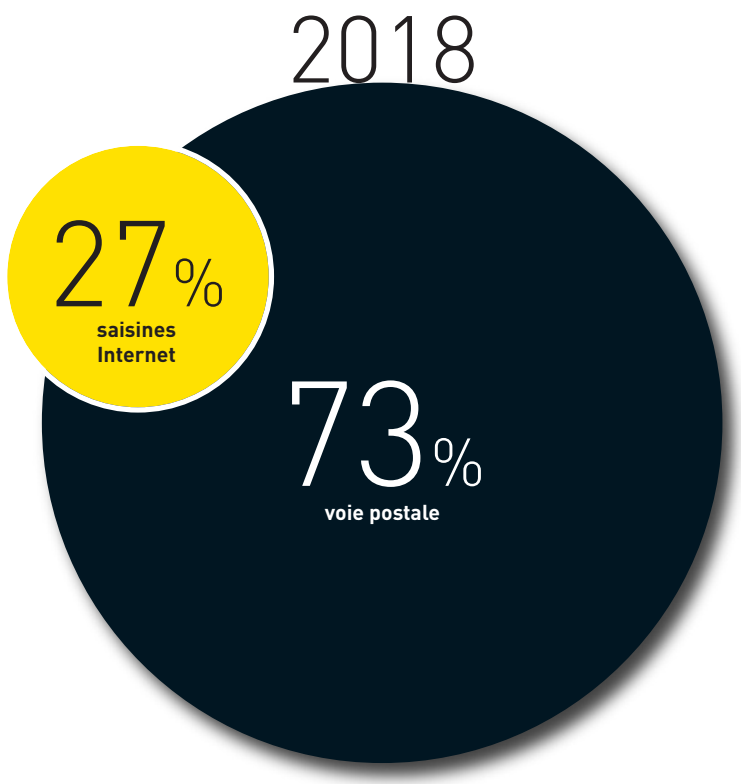
Au bénéfice d'une nouvelle rédaction du site internet de La Médiation de l'Assurance et de son formulaire de saisine en ligne, **les dossiers recevables en médiation sont en constante croissance, tant en pourcentage (32%) qu'en chiffre absolu (+ 13%).**



L'ORIGINE DES SAISINES

En 2018, 27% des consommateurs ayant sollicité la Médiation ont utilisé le formulaire de **saisine électronique** disponible sur son site internet *(mediation-assurance.org)*. Ces saisines électroniques permettent de limiter les saisines hors champ de compétence et autorisent un traitement plus rapide, à un coût réduit.

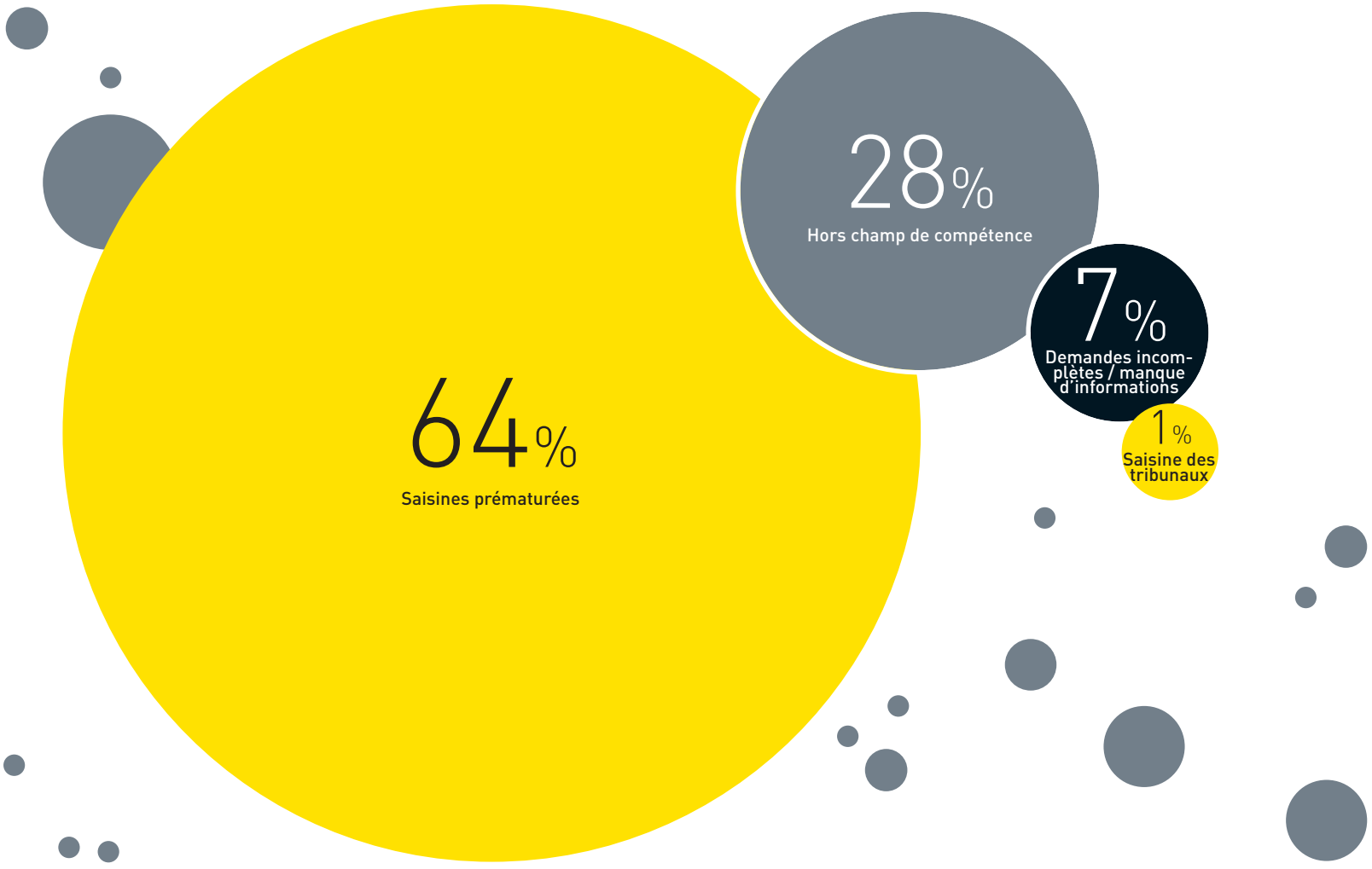




MOTIFS D'IRRECEVABILITÉ DES DOSSIERS

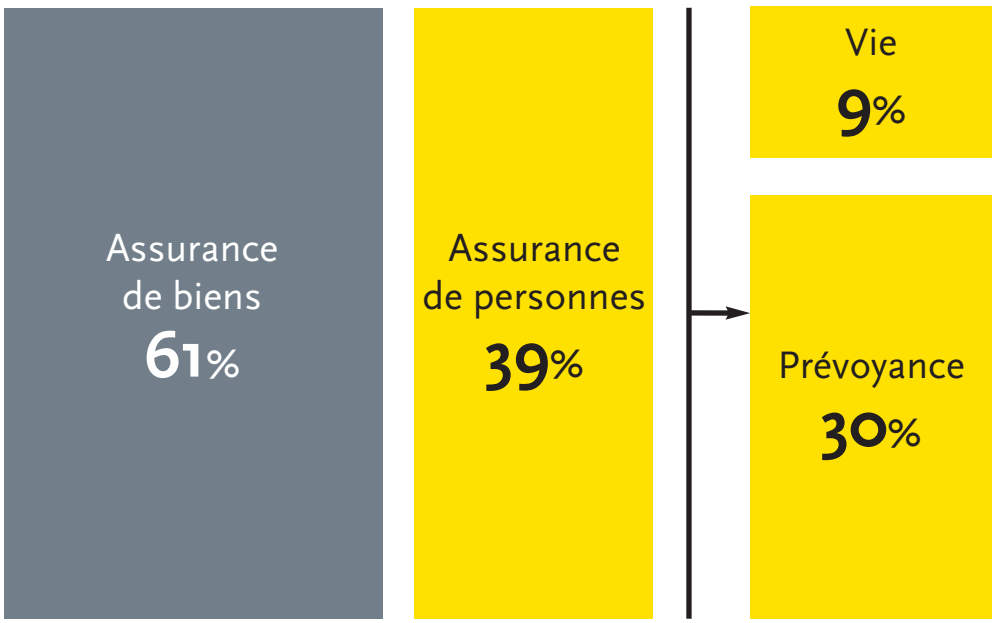
Conformément à la logique du Code de la consommation, un litige ne saurait être examiné si « *le consommateur ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite selon les modalités prévues, le cas échéant, dans le contrat* »*. **La précocité des saisines** reste le principal motif de leur irrecevabilité.

*Aux termes de l'article L.612-2 du Code de la consommation



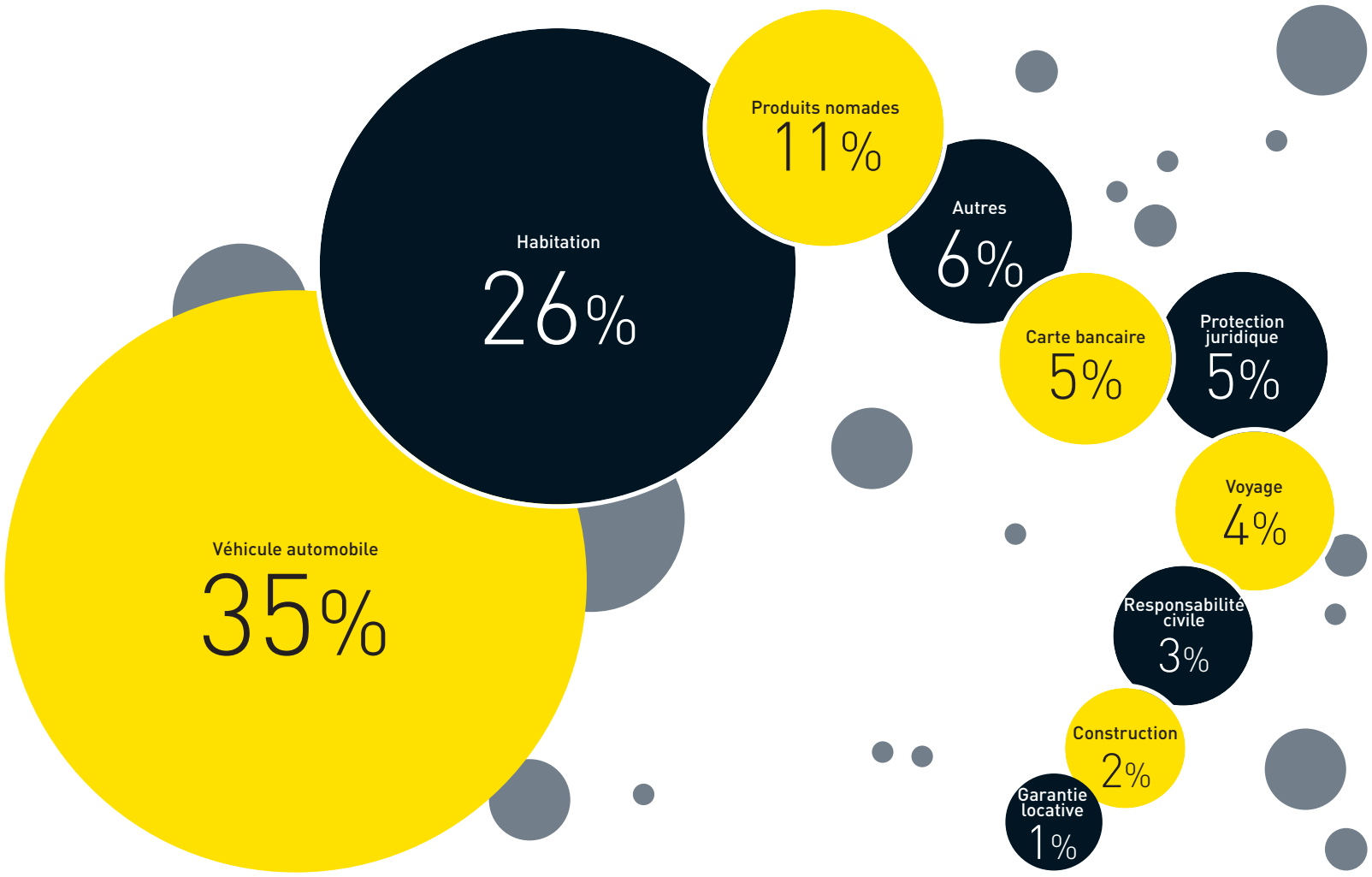
LA RÉPARTITION DES SAISINES SOUMISES À LA MÉDIATION

Les litiges en assurance de biens et responsabilité continuent de représenter la majorité des litiges soumis à la Médiation. Leur part passe même de 59% en 2017 à **61% en 2018**.



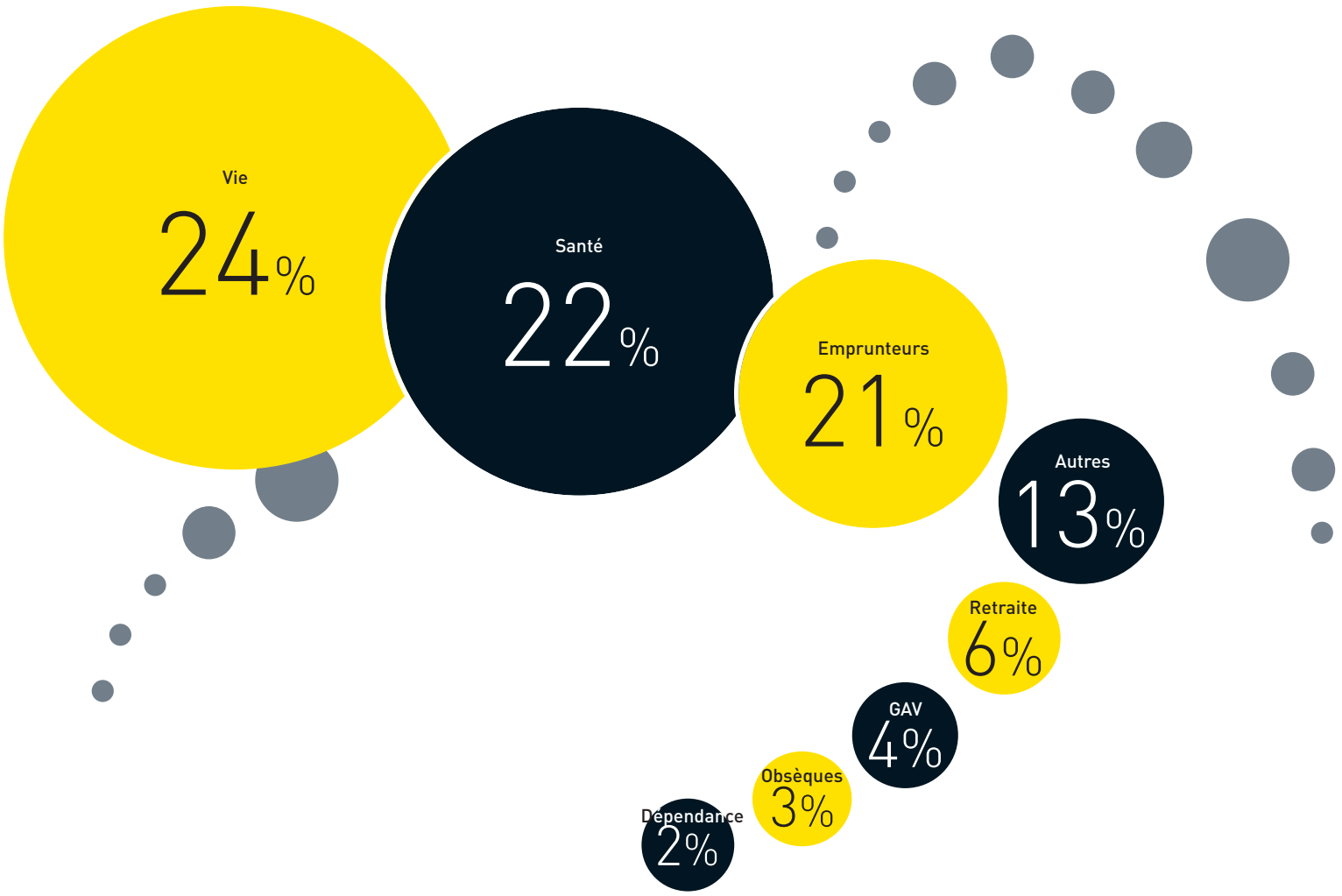
LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

La majorité des saisines est relative à l'assurance **automobile** et à l'assurance **habitation**. Pour le reste, les demandes ont trait aux produits nomades (toujours surreprésentés), à la protection juridique, aux cartes bancaires, aux voyages, à la responsabilité civile et à la construction.



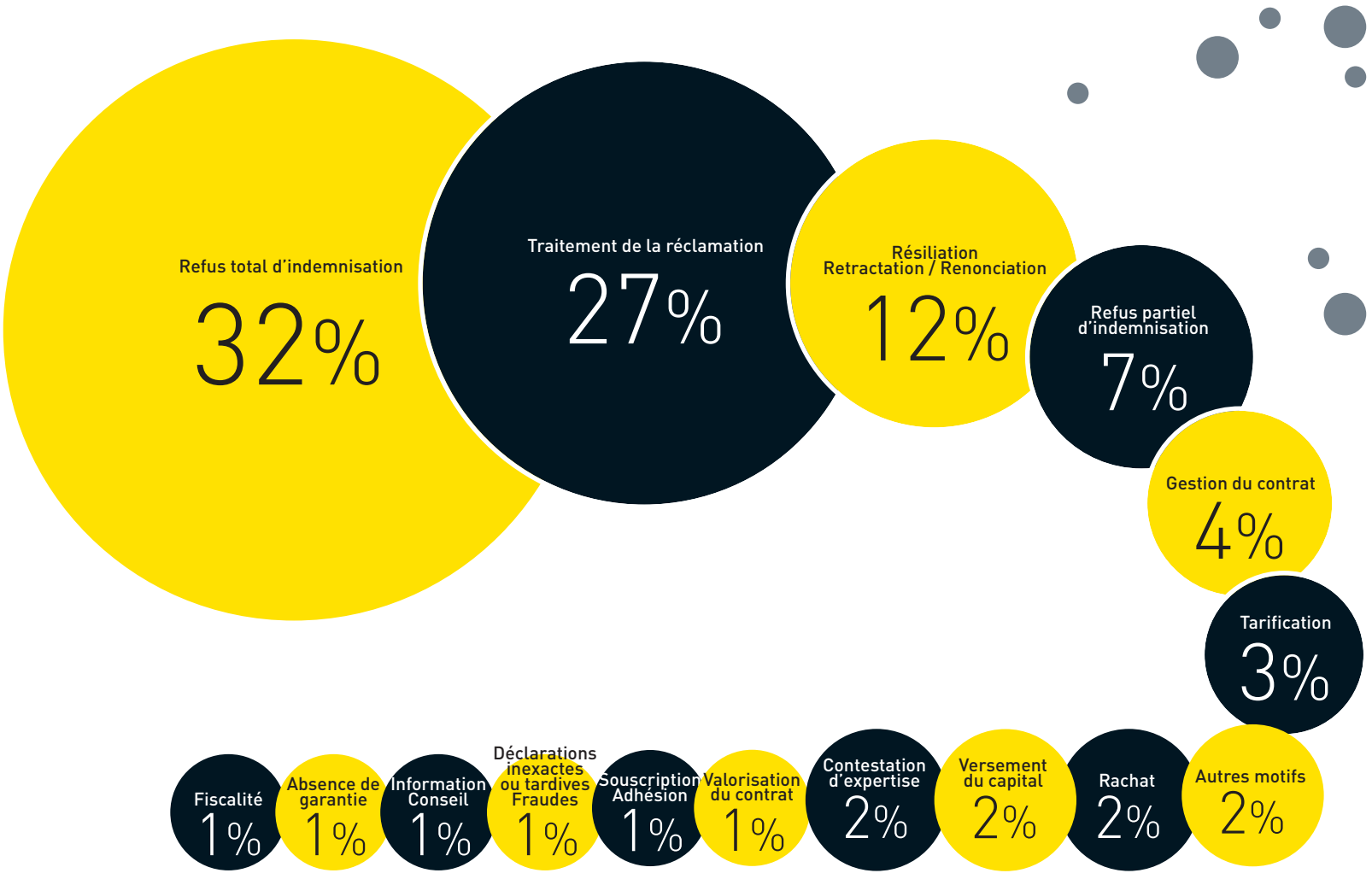
LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

Les litiges liés aux **contrats d'assurance-vie** représentent 24% des litiges en assurance de personnes, juste devant les contrats santé. La rédaction des clauses bénéficiaires des contrats d'assurance-vie continue d'apparaître perfectible.



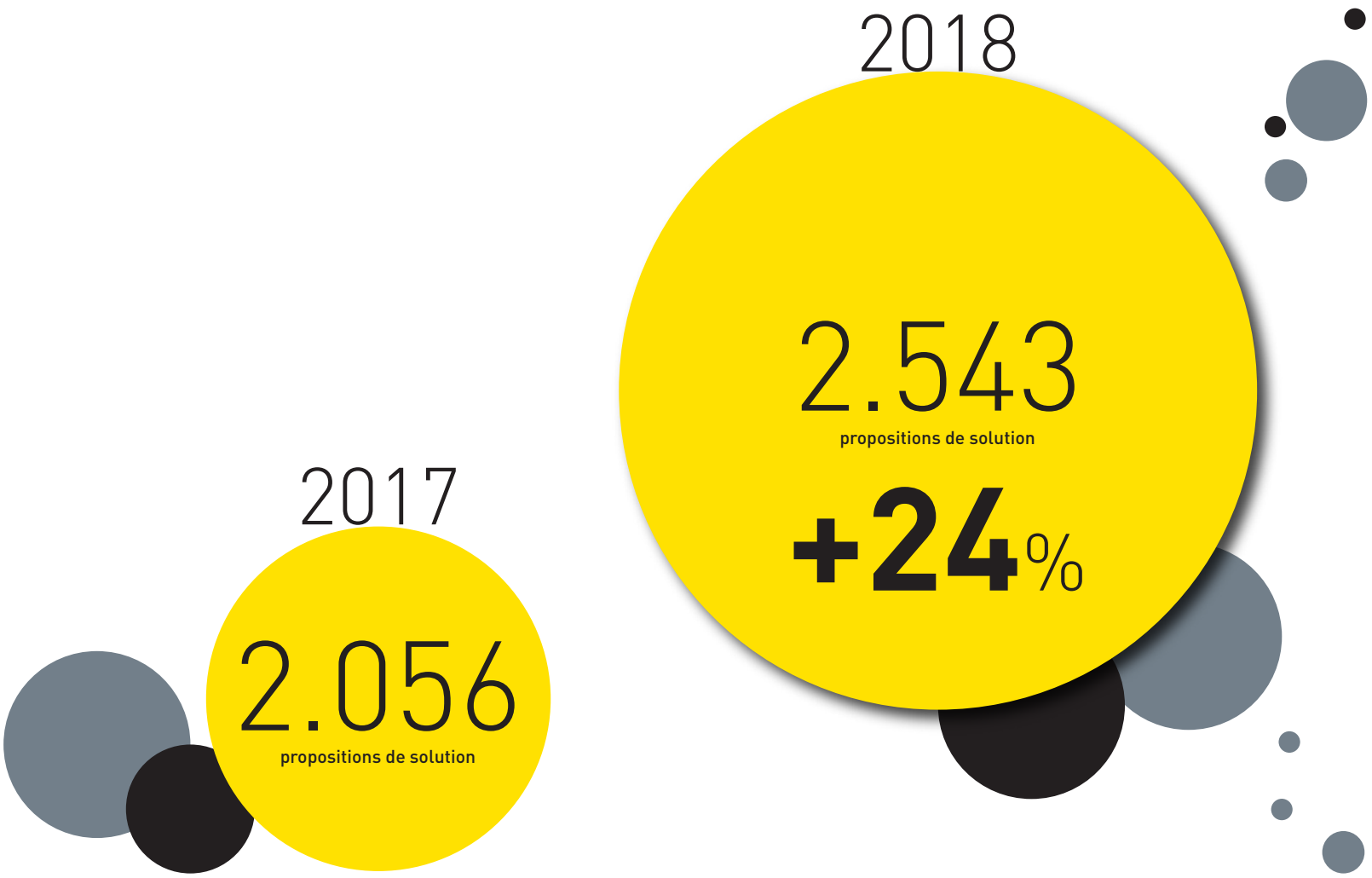
LES MOTIFS DES LITIGES

L'essentiel des réclamations découle d'un refus d'indemnisation ou d'un mauvais suivi de la réclamation, réel ou pour le moins ressenti par le consommateur.



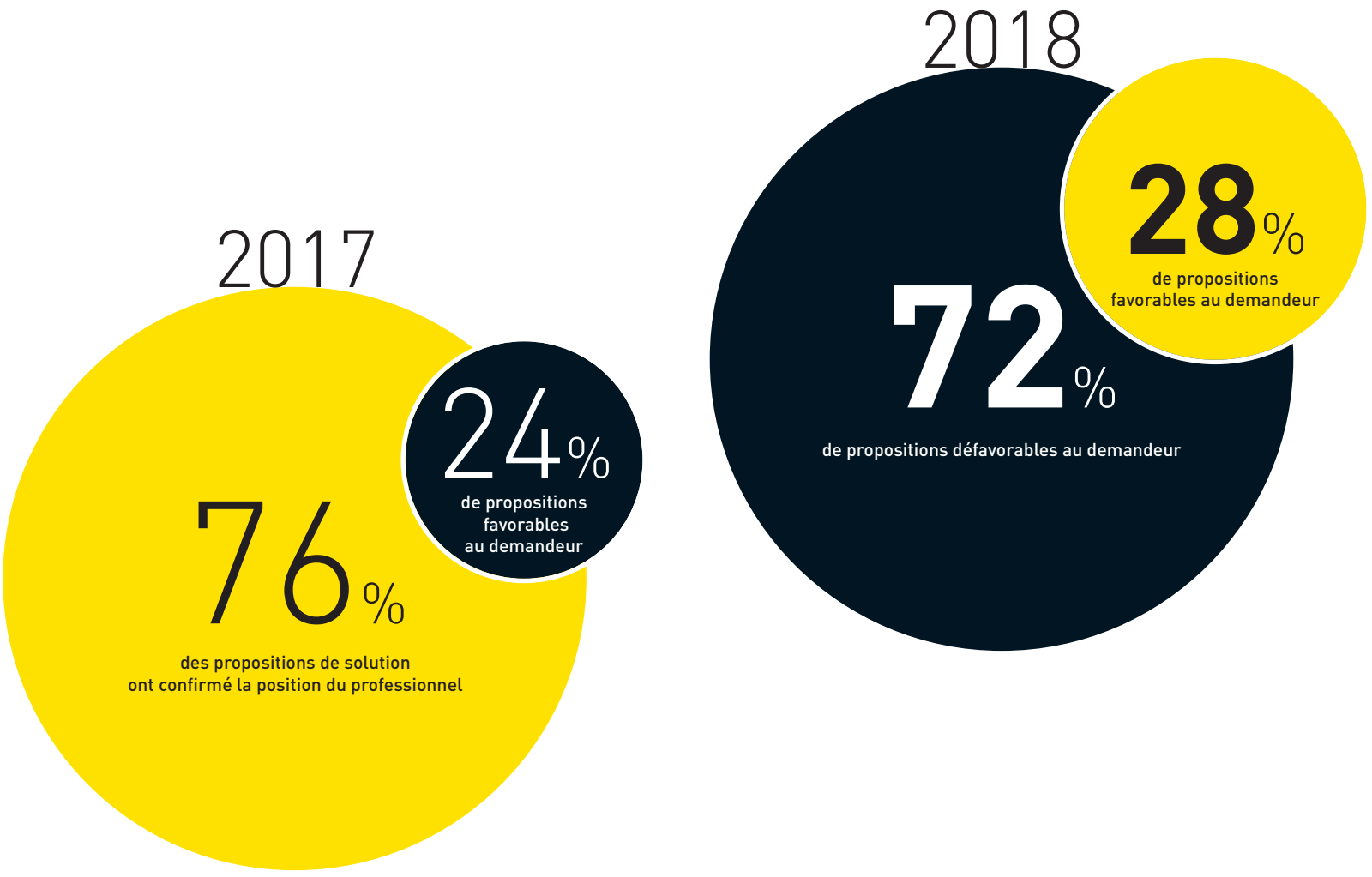
LES DÉLIVRÉS DE LA MÉDIATION

Après instruction, la Médiation a émis **2.543 propositions de solution**. Ce nombre est en **constante augmentation (+24%).**
Par ailleurs, 904 saisines ont appelé l'envoi d'une lettre de préconisation, offrant une solution pratique immédiate aux difficultés rencontrées par le consommateur, et portant un terme à 469 dossiers.
Pour 8% des dossiers recevables, la saisine du Médiateur a débouché sur un accord amiable entre les parties. Dans 6 hypothèses, la procédure a été interrompue par suite de la saisine d'un tribunal. Enfin, dans 6% des cas, le réclamant a abandonné la procédure.



LA NATURE DES PROPOSITIONS DE SOLUTION

Les saisines de la Médiation sont l'objet d'une **analyse particulièrement approfondie** par les intermédiaires ou entreprises d'assurance. Par suite, dans la majorité des cas, les propositions de solution s'avèrent favorables aux professionnels. Dans ces cas, il revient à la Médiation d'expliciter, de manière didactique, les fondements et motivations de la solution retenue.
Au regard de la complexité, sur le plan des faits et du droit, des problématiques d'assurance, l'instruction des saisines est chronophage. Aussi dure-t-elle en moyenne quatre mois, à compter de la réception des pièces sur lesquelles est fondée la demande. Ce délai est également consécutif à des saisines visant souvent plusieurs questions distinctes.



LES RÉSULTATS DE LA MÉDIATION : POURCENTAGE DES MÉDIATIONS EXÉCUTÉES

Moins de 0,5% des « *propositions de solution* » sont contestées. Ce fort taux d'adhésion en légère progression illustre le rôle de LMA en terme d'apaisement. Ce résultat s'explique par des « *propositions de solution* » développées et didactiques, propres à garantir, à la partie dont les prétentions n'ont pas été suivies, que celles-ci ont été entendues et analysées avec la plus grande attention. Une des illustrations de cette efficacité est la **quasi disparition du contentieux d'assurance** devant les tribunaux d'instance.



4. L'INTERNATIONAL

LA MÉDIATION AU NIVEAU INTERNATIONAL

La médiation française de l'assurance est présente au sein de FIN-NET *(Financial Network)* et d'INFO *(International Network of Financial Ombudsman schemes)*, depuis leur création, respectivement en 2001 et 2007.

Ces deux réseaux regroupent les organismes nationaux en charge du règlement extrajudiciaire des litiges dans le domaine financier. L'unification et le développement de *La Médiation de l'Assurance* en France ont encore renforcé sa présence et son rôle au niveau international.

En parallèle, depuis le début des années 2000, la médiation française de l'assurance entretient une relation suivie avec le Centre européen de la consommation. Cette relation s'est trouvée renforcée lors du choix par les autorités d'implanter le Centre européen des consommateurs français à Kehl, aux côtés du Centre allemand, ainsi que par l'accueil du Médiateur de l'Assurance en tant que membre de l'association.

Protection des consommateurs en Europe
ECC-Net
Centre Européen des Consommateurs France

Le Centre, qui dispose d'une forte expérience dans le règlement des litiges transfrontaliers, est aujourd'hui un acteur prépondérant au niveau régional, national et européen pour assurer à la fois l'information, le conseil, et plus généralement les missions européennes de protection des consommateurs qui lui ont été confiées. En 2018, avec une équipe franco-allemande de 45 collaborateurs dont 27 juristes trilingues, il a traité plus de 15.000 plaintes transfrontalières et répondu à plus de 100.000 sollicitations.

À l'occasion du 25e anniversaire du Centre européen de la consommation franco-allemand, lors de la conférence tenue au Parlement européen en septembre 2018, son action a été particulièrement saluée. Sa directrice générale s'est alors vue décerner le prix « *Visage d'Europe* » pour son engagement.

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 règlement des litiges transfrontaliers.

Le réseau couvre l'espace économique européen (EEE), c'est à dire l'ensemble des pays membres de l'Union plus l'Islande, le Liechtenstein et la Norvège. Il compte aujourd'hui 60 membres, dans 27 pays.

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

Deux réunions annuelles du réseau permettent les échanges d'informations, de pratiques et d'expériences sur la base d'un ordre du jour préparé en collaboration avec la Commission européenne, par un comité directeur dont La Médiation de l'Assurance est membre. L'activité récente a été concentrée sur l'adaptation du réseau aux nouvelles réglementations communautaires, notamment la directive de 2013, et sur le développement de la visibilité du réseau. Un rapport d'activité est publié régulièrement d'où il ressort que, depuis sa création, le réseau a permis de régler plus de 15.000 litiges transfrontaliers.

S'agissant des achats effectués sur le web, la plateforme destinée à faciliter le règlement en ligne des litiges a reçu plus de 5 millions de visiteurs et permis le règlement de 36.000 dossiers au cours de sa seconde année d'activité. En pratique, très peu de dossiers, dont aucun en France, ont concerné les services financiers, preuve renouvelée de l'efficacité du réseau FIN-NET.

FIN-NET
Réseau pour la Résolution des Litiges Financiers

Naturellement, l'avenir du réseau va se trouver affecté par les décisions concernant la sortie du Royaume-Uni de l'Union européenne. Le *Financial Ombudsman Service* britannique a été un acteur majeur dans la mise en place de FIN-NET. Par suite du volume des litiges transfrontaliers dont il a à connaître, il continuera nécessairement à y occuper une place significative. En cas de *Brexit* sans accord spécifique, une solution pragmatique s'imposera afin d'éviter de pénaliser les consommateurs. La possibilité ouverte par le protocole d'accord de bénéficier d'un statut de membre affilié dès lors que les principes fondamentaux sont respectés, statut dont bénéficient déjà les médiateurs bancaires et d'assurances suisses ainsi que le médiateur des îles anglo-normandes, permettra certainement la mise en œuvre d'une solution appropriée.

DANS LE MONDE

La médiation française de l'assurance est membre, depuis l'origine, du réseau international des médiateurs financiers INFO et a siégé à son comité directeur pendant plusieurs mandats.

INTERNATIONAL NETWORK
FINANCIAL SERVICES
OMBUDSMAN SCHEMES

Créé à l'initiative d'ombudsman anglo-saxons, notamment australiens, néo-zélandais et d'Afrique du Sud, ce réseau a été formalisé en 2007, lors d'une conférence tenue à Londres. Il comporte aujourd'hui 58 membres, dans 38 pays des 5 continents.

Le but d'INFO 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. Les échanges s'effectuent lors des réunions annuelles qui ont lieu à l'invitation de l'un des membres, en veillant à ce que les différents continents soient successivement représentés. Un bulletin mensuel est publié sur le site du réseau qui fournit au public informations et conseils.

Tous les membres sont désormais tenus de respecter les principes fondamentaux notamment d'indépendance, d'équité et de transparence qui ont été adoptés par le réseau INFO à partir du rapport co-écrit en 2012 par Francis Frizon (ancien médiateur de la FFSA) et David Thomas (ancien *Financial Ombudsman* du Royaume Uni) pour le compte de la Banque mondiale.

Afin de faciliter la création et la mise en place de nouvelles entités de médiation financière en conformité avec ces principes fondamentaux, un guide pratique rédigé par les mêmes auteurs a été publié sur le site internet du réseau.

Enfin, 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. ●

5. LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC

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

LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC

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. ●

6. ANNEXES

CHARTE DE 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.

CHARTE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

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. Ce rapport est disponible sur le site internet de l'association de La Médiation de l'Assurance et celui des organisations professionnelles adhérentes.

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

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.

ARTICLES DE PRESSE :

- **« Les charmes discrets de La Médiation de l'Assurance »**
  Revue générale du droit des assurances, n° 10, octobre 2016, p. 466.

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

- **« Au rapport »**
  Revue générale du droit des assurances, n° 3, 1er mars 2018, n°3, p.141.

- **« Les pièges de l'assurance-vie pointés par le Médiateur »**
  Les Échos Patrimoine, 29–30 juin 2018.

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

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

SCHÉMA DE SAISINE

Quelques étapes importantes avant de saisir le Médiateur de l'Assurance

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

Comment saisir le Médiateur ?

VOUS POUVEZ SAISIR LE MÉDIATEUR DE L'ASSURANCE.

Rassemblez tous les documents nécessaires.

↓

Envoyez votre dossier au Médiateur de l'Assurance

- par courrier.
- par internet.

Le traitement de votre demande

EN CAS DE RECEVABILITÉ, LE MÉDIATEUR TRAITE VOTRE DEMANDE.

Le Médiateur étudie votre dossier.

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 :

- Les coordonnées de la personne concernée,
- Le nom de l'entreprise,
- Un résumé du différend,
- L'éventuelle réponse de l'entreprise,
- Les documents sur lesquels est fondée votre demande.

ADRESSES UTILES

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

- **Institut national de la consommation**
  conso.net

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

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

- **Anacofi**
  anacofi.asso.fr

- **Chambre syndicale des courtiers d'assurances (CSCA)**
  csca.fr

- **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

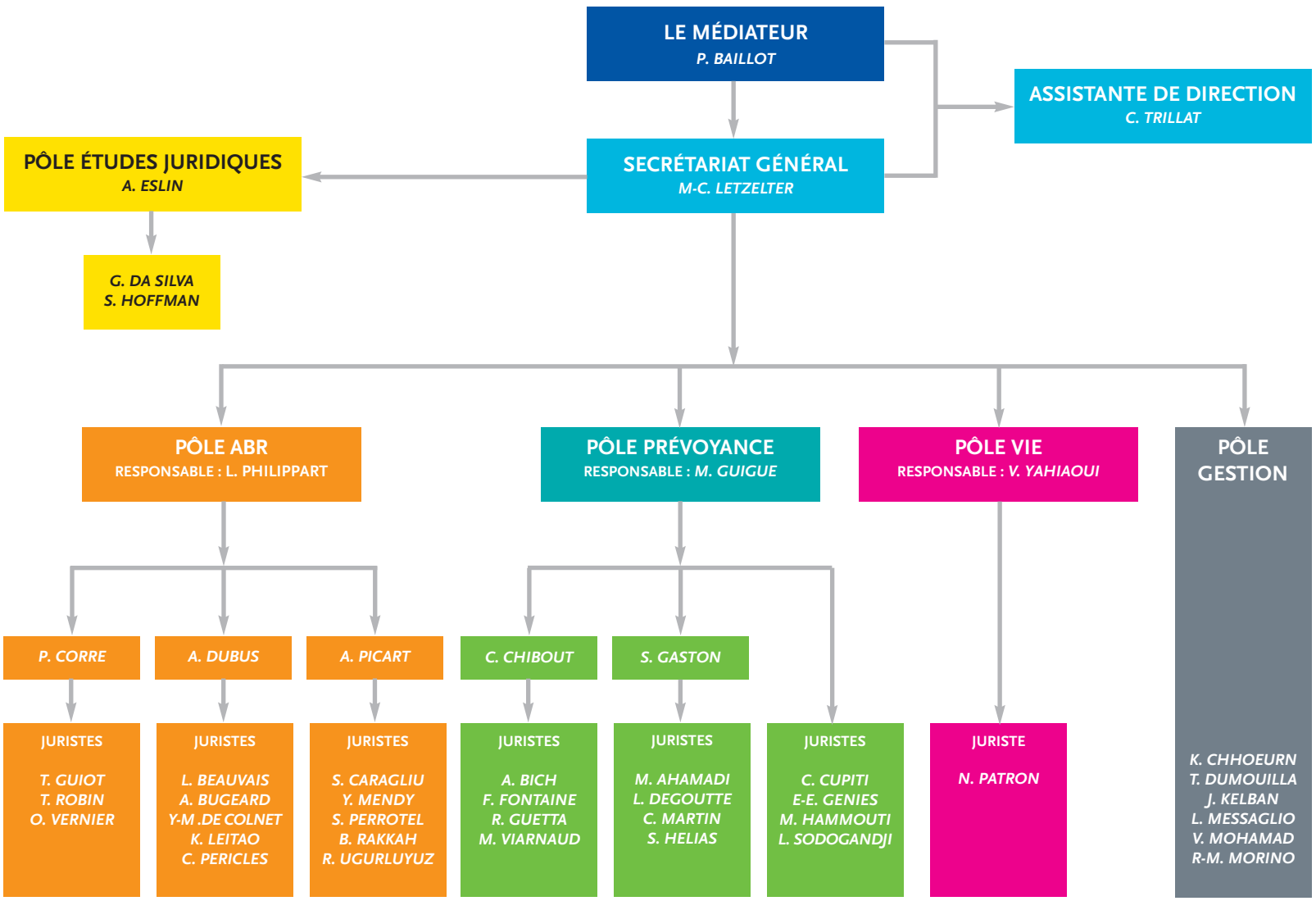
- **Fin-Net**
  ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services /financial-dispute-resolution-network-fin-net_en

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

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

- **Club des médiateurs de services au public**
  clubdesmediateurs.fr

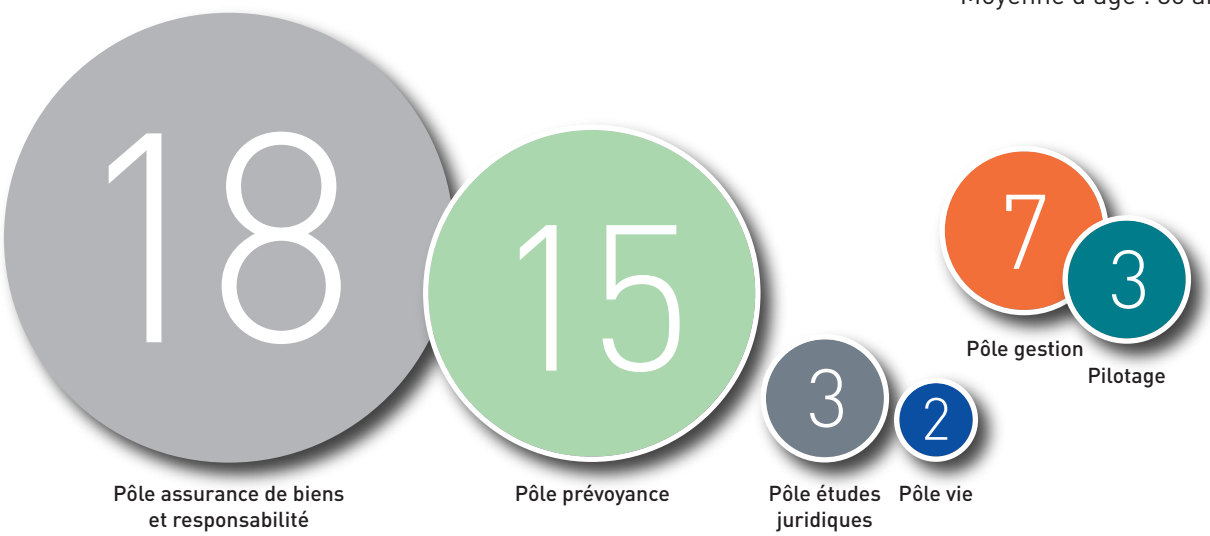
ORGANIGRAMME DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE





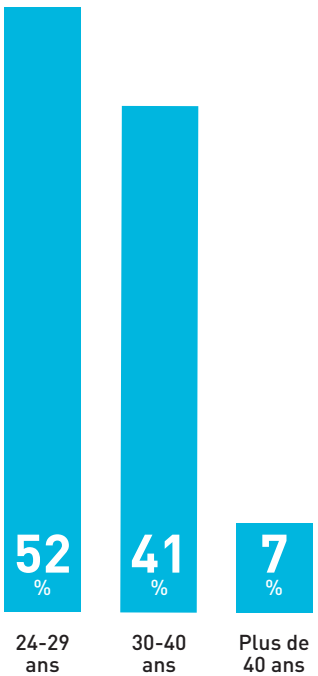
De gauche à droite :
Marion CHARTIER
Responsable du pôle prévoyance,
Marie-Cécile LETZELTER
Secrétaire générale,
Anissa ESLIN
Responsable du pôle études juridiques,
Philippe BAILLOT
Médiateur,
Laetitia PHILIPPART
Responsable du pôle assurance de biens et responsabilité,
Vincent YAHIAOUI
Responsable du pôle vie,
Clarisse TRILLAT
Assistante de direction.

LA RÉPARTITION DES EFFECTIFS



PYRAMIDE DES ÂGES DES COLLABORATEURS

Moyenne d'âge : 30 ans



A

Accident *15, 29, 30, 39, 42, 46, 49, 50, 65, 68*
Accord d'indemnisation *44*
Adaptation des garanties *37*
Affection psychologique *16, 57*
Aggravation du risque *30, 31*
AGIRA *75*
Alcoolémie *29, 50*
Aléa *30, 34, 60*
Arbitrage *16, 42*
Arrêt de travail *16, 49, 60, 64, 65*
Article 83 *72*
Assurance automobile *29, 30, 36, 46*
Assurance dépendance *63*
Assurance emprunteur *58, 60*
Assurance affinitaire *27, 32, 33*
Assurance-vie *11, 13, 15, 17, 23, 51, 53, 54, 56, 61, 70, 71, 75*
Avance *53*
Avenant *35, 36*
Ayant droit *17, 39, 75*

B

Barème de prise en charge *42, 43*
Bénéficiaire *17, 23, 51, 52, 66, 68, 70, 71, 74, 75*
Bonne foi *11, 31*
Bonus-malus *39*
Burn out *6*

C

Capital garanti *52*
Carte européenne d'assurance maladie (CEAM) *69*
Catastrophe naturelle *40*
Clause bénéficiaire *13, 51, 70, 71*
Clause type *13, 51, 71*
Clé *27, 28, 29*
Condition de garantie *11, 14, 17, 28, 36*
Conditions générales *11, 13, 22, 28, 33 40, 41, 55, 56, 59*
Conditions particulières *35, 36, 56*
Conservation des preuves *41*

D

Décès *17, 39, 50, 51, 52, 57, 60, 66, 68, 70, 71, 72, 74, 75*
Déchéance *12, 64, 65*
Déclaration du risque *12, 17, 30, 37, 58*
Déclaration du sinistre *12, 41, 64*
Dégât des eaux *34, 41*
Déménagement *6*
Dépendance *63*
Déshérence *75*
Devoir de conseil *35, 37, 51, 52*
DIPA *14, 15*
Directive sur la distribution d'assurance *14*
Droits individuels en cours de constitution *72*

E

Effraction *14*
Étendue de garantie *14, 16, 24, 27, 43, 50, 60*
Exclusion *11, 14, 16, 29, 32, 49, 50, 57, 70*
Expert *15, 16, 23, 40, 41, 46, 63, 65*
Expertise *16, 22, 23, 34, 40, 45, 65*

F

Fausse déclaration *12, 58*

G

Garantie de fidélité *56*
Gestion des réclamations *13, 22*

H

Habitation *37, 40, 41, 45*
Hospitalisation *57, 65, 69*

I

Incapacité *16, 39, 49, 57, 60, 65*
Inondation *41*
Intérêts de retard *74*
Invalidité *15, 16, 39, 57, 68*
IPID *14*

L

Lecture du contrat *11, 21, 32, 41, 43, 57*
Lexique *14*
Liberté de la preuve *66*
Liquidation de la rente *72, 73*
Loi applicable *50*
Loi Badinter *39*
Loi Eckert *74*
Loi Pacte *7, 74*

M

Maladie *15, 16, 24, 49, 58, 69*
Médecin conseil *12, 15, 16, 24*
Mesures de prévention *28*
Meurtre *70*
Mutualité *12, 17, 30, 60*

N

Non réclamés *75*
Notice d'information *32, 33, 49, 52*
Nullité du contrat d'assurance *12, 30, 31, 34, 58*

O

Obligation de garantie *46*
Obsèques *52*

P

Pédagogie *8, 9, 16, 41, 43*
PERP *72*
Perte d'autonomie *57, 60, 63*
Plafond de garantie *37, 42, 43*
Prélèvements sociaux *61*
Prescription *17, 18, 23, 64*
Preuve *34, 36, 40, 41, 56, 59, 64, 65, 66, 67, 68, 70*
Protection juridique *42, 43*
Psychique *16, 57*

Q

Questionnaire *12, 58*

R

Rachat *53, 54, 72*
Recours *29, 42, 44, 45, 46, 61*
Rédaction du contrat *10, 11, 15, 43, 50, 54, 57, 63*
Rémunération de l'investissement *54*
Renégociation d'un prêt *60*
Renonciation *32, 33, 59*
Rente éducation *66*
Responsabilité civile *29, 39*
Rétractation *59*
Retraite *56, 72, 73, 75*
Réversion *73, 75*
Rompu *54, 55*

S

Santé *12, 49, 58, 59, 63, 65, 69*
Sécheresse *40*
Secret médical *17, 23*
Sécurité sociale *15, 57, 61, 69, 72*
Signature *32, 33, 36, 44, 58, 59, 73*
Souscription *12, 14, 17, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 43, 51, 52, 53, 58, 59, 60, 61, 66, 71, 73*

T

Table de mortalité *75*
Taux d'intérêt *53, 60*

U

Unités de compte *15, 54, 55*

V

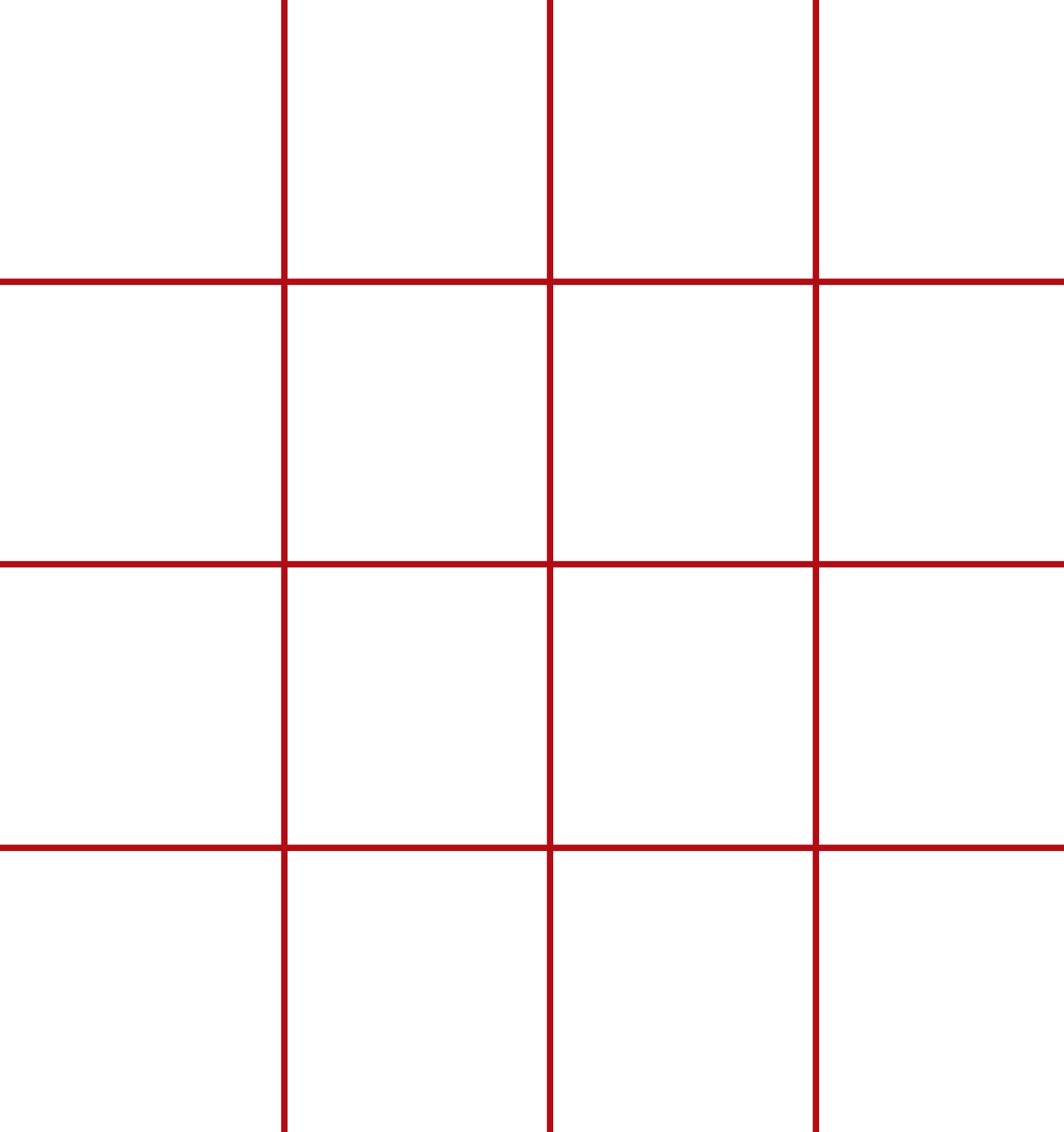
Versement du capital *17, 70, 74*
Vol *14, 28, 37*

La Médiation de l'Assurance éditeur
TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09
Juin 2019 – ISSN 2556-9457
Photos : p.7 Erik Lassalle – p.10D.R.
Illustrations : Nikita / M.Lambert
SR : Balsamo – Imprimé en France
Conception graphique & réalisation :
yves@castel1.com



TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

www.mediation-assurance.org




LA MÉDIATION
DE L'ASSURANCE