

Les cas pratiques de la médiation de l'assurance

# Assurance emprunteur : tes questions tu apprendras à formuler

■ Comme chaque mois, *L'Argus* ouvre ses colonnes à la médiation de l'assurance, qui présente le traitement d'une saisine. Troisième cas : lors de la souscription d'un contrat, l'assureur apprécie le risque sur la base des éléments communiqués par l'assuré et il n'a pas à vérifier la véracité des informations fournies par ce dernier. 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.

**Philippe Baillot,**  
médiateur de l'assurance



En cas de saisine, le médiateur de l'assurance porte la plus grande attention aux modalités de déclaration du risque, leur précision et leur formulation en des termes non généraux. Et ce pour apprécier si une fausse déclaration peut effectivement être opposée à l'assuré.

## 1

### LA SAISINE

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 cinq 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.

## 2

### L'ANALYSE DU MÉDIATEUR

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 doivent 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, véritablement, une fausse déclaration intentionnelle.

## 3

### SES RECOMMANDATIONS

- 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 des questions qu'il pose à 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.