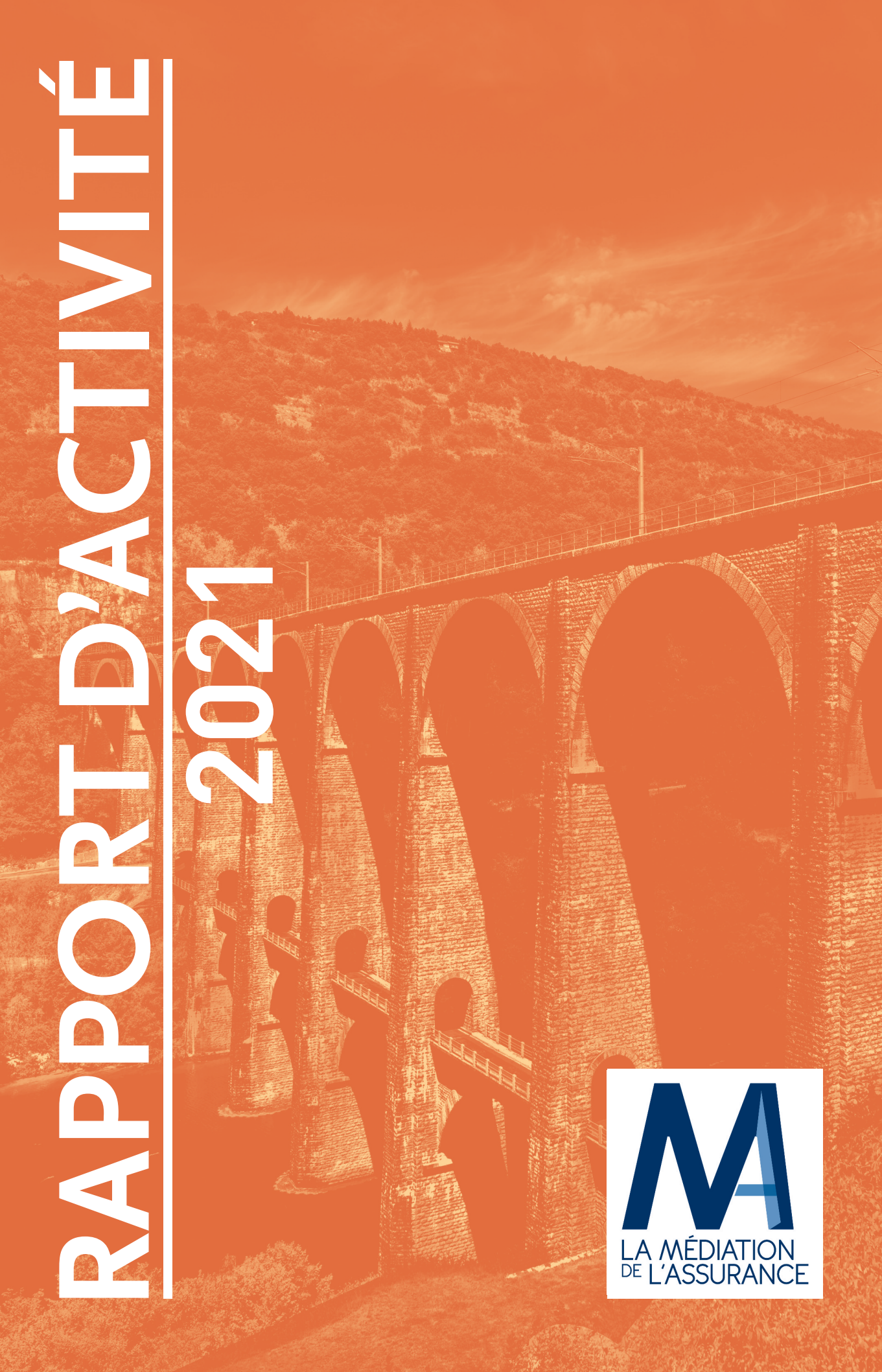
RAPPORT D'ACTIVITÉ 2021



LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

Pédagogie
Dialogue
JUSTICE
Équilibre
Apaisement
LÉGITIMITÉ
INDÉPENDANCE
Neutralité
Gratuité
Compétence
Empathie
CONFIDENTIALITÉ
Transparence
Impartialité
Expertise
Équité
Efficacité

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

RAPPORT D'ACTIVITÉ 2021

AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE p. 4

1. LE MOT DU MÉDIATEUR p. 8

2. L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES
- Les chiffres clés 2021 p. 23
- Les saisines p. 25
- Les médiations effectuées p. 35

3. LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE
- Gouvernance et ressources p. 42
- 55 personnes dédiées à la résolution des litiges p. 45

4. FOCUS
- Les catastrophes naturelles p. 48
- Les clauses abusives p. 52

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

A. La relation contractuelle
- Le manquement au devoir de conseil d'un intermédiaire peut peser sur l'assureur p. 60
- Le contrat doit être adapté à l'activité professionnelle de l'assuré p. 62
- Non-conformité du risque en assurance habitation : le décompte des pièces p. 64
- Les changements de risque en cours de contrat doivent être déclarés p. 65
- La déclaration de sinistre doit être sincère p. 66
- La régularisation des primes n'induit pas la remise en vigueur du contrat p. 67

B. L'application du contrat
- Les conditions particulières prévalent sur les conditions générales p. 70
- La faute du conducteur adverse n'exonère pas l'assuré de sa propre responsabilité p. 71
- La responsabilité de l'assureur du fait de l'expert p. 72
- L'indemnisation d'un vol survenu dans des locaux ouverts au public p. 73
- L'activité professionnelle doit nécessairement avoir débuté p. 74
- Les aides de l'État sont à déduire de l'indemnisation des pertes d'exploitation p. 75
- L'assuré a deux ans pour réclamer son indemnité p. 76

6. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

A. La relation contractuelle

- Un contrat souscrit par un majeur sous tutelle n'est pas valable p. 82
- La conservation des primes en cas de fausse déclaration intentionnelle p. 83
- La notion d'« affection psychique » n'est pas formelle et limitée p. 84
- Le capital versé au titre d'un contrat obsèques peut être inférieur aux primes payées p. 85
- La représentation des bénéficiaires à titre gratuit doit être stipulée p. 86
- Les capitaux-décès n'intègrent pas automatiquement la succession en cas de legs universel p. 87

B. La mise en œuvre du contrat

- L'assuré peut perdre son droit à garantie en cas de déclaration tardive de son sinistre p. 90
- L'infection nosocomiale est un accident si elle est d'origine exogène p. 91
- La blessure provoquée par la chute d'un objet en mouvement est accidentelle p. 92
- La notion de perte involontaire d'emploi dans les garanties perte d'emploi p. 93
- L'acceptation tacite d'une assurance vie doit résulter d'actes non équivoques p. 94
- Le versement des capitaux décès est libératoire pour l'assureur de bonne foi p. 96
- Le maintien des prestations en cas de résiliation du contrat d'assurance p. 98

7. UN CAS À PART

- Probis pateo p. 102

8. ANNEXES

- La procédure de médiation p. 106
- Comment saisir le Médiateur p. 107
- La Charte du Médiateur de l'Assurance p. 108
- La Charte du Club des Médiateurs de Services au Public p. 110
- La Médiation de l'Assurance à l'international p. 112
- Textes de référence p. 113
- Adresses utiles p. 114

9. INDEX p. 116

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

Présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)

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

Son succès est croissant et La Médiation de l'Assurance (LMA) l'illustre bien, puisque nous sommes désormais sur un rythme annuel de 20 000 saisines, soit une progression d'un tiers en deux ans.

Le recours aux dispositifs de médiation a été fortement encouragé depuis plusieurs années par les Pouvoirs publics, parce qu'ils sont souples et pragmatiques – et aident à désengorger les tribunaux. Rappelons que désormais, pour les litiges dont l'enjeu est inférieur à 5 000 euros, il faut d'abord tenter une médiation ou une conciliation avant d'aller en Justice.

Il fallait cependant œuvrer encore pour faciliter l'accès aux médiateurs des secteurs de la banque et de l'assurance. Je suis heureuse que les travaux du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) aient permis cela. À la suite du rapport sur l'accès aux dispositifs de médiation publié le 1er juillet 2021, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a mis en œuvre les orientations retenues via une modification de sa recommandation sur le traitement des réclamations publiée en mai 2022. C'est un changement de philosophie profond : désormais, deux mois après l'expression d'un mécontentement écrit, l'assuré pourra saisir le Médiateur.

On ne parlera donc plus de « procédure d'escalade » avec le besoin pour le client de relancer à plusieurs reprises pour se faire entendre. Peu importera également à qui l'assuré s'adressera pour exprimer son mécontentement : l'assureur lui-même ou l'un de ses représentants (courtier, délégataire de gestion...). Dès lors qu'il aura exprimé son mécontentement à l'un des points de contact de la chaîne de distribution du contrat d'assurance, le délai de deux mois débutera.

C'est un grand progrès pour l'accès des consommateurs aux dispositifs de médiation du secteur de la banque et de l'assurance. Pour ce qui est de LMA, le Conseil d'Administration suivra avec une grande attention l'impact de cette réforme sur le volume de dossiers à traiter et allouera si nécessaire les moyens permettant de faire face afin de continuer à tenir, et même à réduire, les délais de réponse.

À ce sujet, au nom du Conseil d'Administration, je félicite notre Médiateur, Arnaud Chneiweiss, et son équipe pour les nets progrès dans la réduction des délais de réponses faites aux assurés en 2021. Malgré la hausse des

saisines et le contexte persistant de crise sanitaire, les progrès se sont poursuivis. Fin 2019, le délai de réponse de LMA était de presque treize mois en moyenne, ce qui était beaucoup trop long. Fin 2021, il est revenu à un peu plus de huit mois et environ 20 % des dossiers sont traités dans les trois mois. Nous souhaitons continuer à améliorer ces délais de réponse aux assurés.

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

Les constats de LMA en 2021 ont été le point de départ de réflexions du CCSF qui se sont traduites en mai 2022 par des consensus pour simplifier et harmoniser les conditions de résiliation des contrats d'assurance, en permettant une extension du champ des contrats qui pourront désormais être résiliés « à tout moment ». Un consensus s'est également dégagé à propos des assurances affinitaires comme les assurances de téléphones portables pour accroître le délai de rétractation de quatorze à trente jours et faire partir ce délai à compter du jour du premier prélèvement.

Voilà des progrès concrets pour les consommateurs qui sont issus des constats faits par l'équipe de LMA.

Enfin, en juillet 2021 a été publié, par le ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, le rapport qui avait été demandé par Bruno Le Maire à Arnaud Chneiweiss sur « les assurances professionnelles et la crise sanitaire ». Ce rapport a montré que les professionnels rencontraient les mêmes difficultés récurrentes, liées à la complexité des contrats d'assurance, que les assurés personnes physiques : manque de clarté dans la formulation des garanties, longueur des documents contractuels, clauses qui semblent parfois contradictoires… Tout ceci concourt à rendre fragile le lien de confiance qui unit l'assuré à son assureur.

Les directives européennes ont bien tenté, avec les documents d'information précontractuels, de rendre plus lisibles ces contrats, mais trop souvent l'incompréhension demeure, comme le montrent les nombreux cas relevés par le Médiateur, avec par exemple des définitions très restrictives de ce qu'est un « accident » ou une « effraction ».

Le Conseil d'Administration fait entièrement confiance à notre Médiateur, Arnaud Chneiweiss, et à son équipe pour relever les défis des prochains mois, et notamment l'entrée en vigueur de la réforme des modalités de saisine de la Médiation. ■

1

INTRODUCTION

AU CŒUR DE LA RELATION CLIENT

Arnaud CHNEIWEISS
Le Médiateur de l'Assurance

« Il ne faut point de lois inutiles, elles affaibliraient les lois nécessaires. »
Portalis

Cette belle citation de l'un des rédacteurs du Code civil s'illustre bien dans l'activité de la Médiation de l'Assurance (LMA). Parmi les raisons qui expliquent que la Médiation de l'Assurance a reçu **un volume de saisines sans précédent en 2021 – environ 20 000** – figurent en effet en bonne place la complexité de la réglementation(1) et la difficulté qu'ont parfois les assurés à comprendre leur contrat.

Les équipes de la Médiation de l'Assurance n'ont pas ménagé leurs efforts pour faire face : elles ont rédigé près de 4 000 propositions de solution (soit + 10 % par rapport à 2020)(2) et produit 26 études de cas(3) afin de faire de la pédagogie, tant en direction des assurés que des assureurs, dans le but de rappeler les mécanismes de fonctionnement d'un contrat d'assurance et les règles de droit applicables.

Cette production accrue a permis de **réduire les délais de réponse** aux assurés. Quand j'ai pris mes fonctions au printemps 2020, la Médiation de l'Assurance répondait dans un délai moyen de treize mois, ce qui était nettement trop long puisque le Code de la consommation demande une réponse sous trois mois « *sauf dossier complexe* ». Aujourd'hui, le délai moyen de réponse est revenu à huit mois(4), bien que les saisines aient augmenté d'un tiers. C'est encore trop long, mais nous sommes sur le bon chemin.

Par ailleurs, **le site internet de la Médiation de l'Assurance a été rénové** à l'été 2021 afin que nous soyons plus accessibles. Plus fluide d'utilisation, plus moderne, le nouveau site facilite la saisine en ligne et présente nos activités. Le « canal internet » a constitué en 2021 42 % du total de nos saisines contre 27 % il y a trois ans(5). Début 2022, un « espace réclamant » a été créé, nous permettant d'échanger par voie électronique avec les assurés. Ces derniers peuvent notamment y déposer les pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

Nos efforts de pédagogie se sont aussi traduits par la création d'une page de la Médiation de l'Assurance sur LinkedIn, où nous publions études de cas et offres d'emploi, dont l'audience augmente rapidement.

En 2021, dans nos propositions de solution, **nous sommes allés dans le sens de l'assuré, en tout ou partie, dans 31 % des cas** (25 % en droit et 6 % de propositions de solution exprimées en équité) – et nous avons donc confirmé la bonne application du contrat par l'assureur dans 69 % des litiges étudiés. Quand nous sommes allés dans le sens de l'assuré, nous avons été quasi-systématiquement suivis par les assureurs et courtiers (dans 99,3 % (6) des cas), ce qui témoigne de notre crédibilité quand nous nous exprimons et de la discipline de la Profession, que je remercie pour cela.
Ajoutons que le simple fait de saisir la Médiation de l'Assurance a provoqué des réexamens rapides de la part du Professionnel ayant donné lieu à une

(1) Si bien que les conditions générales d'un contrat d'assurance font désormais quelques dizaines de pages, auxquelles il convient d'ajouter, selon les contrats, conditions particulières, bulletin de souscription, etc.
(2) En juin 2022, le nombre de propositions de solution émises en rythme annuel est de 4 400.
(3) 57 études sont maintenant disponibles sur le site internet : **mediation-assurance.org.** Je commente par ailleurs régulièrement notre actualité sur mon compte LinkedIn.
(4) Fin 2021, dans 20 % des cas une réponse était apportée dans les 3 mois. En assurance dommages, qui compte pour environ 60 % des saisines, le délai moyen de réponse est de 6,5 mois.
(5) Au printemps 2022, les parts des saisines « papier » et « internet » sont désormais égales.
(6) Si l'on raisonne sur l'ensemble des propositions de solution, nous sommes suivis par les Professionnels dans 99,8 % des cas. Cette discipline s'applique également aux dossiers à forts enjeux financiers – l'intervention de LMA a permis des indemnisations de l'assuré à hauteur de 420 000 euros dans un sinistre incendie et de 535 000 euros dans un dossier en assurance prévoyance.

proposition de transaction amiable dans 1 300 cas, dans les semaines ayant suivi notre saisine. Si bien qu'en saisissant la Médiation de l'Assurance, **l'assuré a eu satisfaction, en tout ou partie, dans 47 % des dossiers résolus en 2021.**

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

L'indépendance d'abord. Si nous ne sommes pas perçus comme indépendants, les assurés n'ont pas de raison de se tourner vers nous. Je remercie à cet égard le Conseil d'Administration, et tout particulièrement sa Présidente Corinne Dromer, pour sa défense farouche et constante de notre indépendance.

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

Les avantages d'un système de médiation sont de mieux en mieux connus – souplesse, rapidité par rapport à une action en justice, gratuité pour l'assuré.

À ces atouts classiques, s'ajoute le fait de jouer **un rôle de tiers de confiance**, dans le contexte français contemporain, marqué par une « *société de défiance* »(7), de plus en plus fragmentée(8). Nous le voyons bien à la Médiation de l'Assurance, où nous constatons la défiance envers l'expert envoyé par l'assureur : est-il bien indépendant dans son analyse des dommages à prendre en compte ? – et envers l'assureur : son interprétation du contrat est-elle objective ? – ou le courtier : m'a-t-il bien conseillé ?

1/ 20 000 SAISINES EN 2021, EN HAUSSE DE 13 % SUR UN AN

La progression des saisines est d'un tiers en deux ans. Le pic de la crise sanitaire passé, le volume de saisines n'a donc pas reflué. Ce qui peut s'expliquer par les éléments suivants :

- Depuis décembre 2020, dans le cadre d'un accord entre la Profession et le ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance(9), l'accès à la Médiation est possible pour les PME, commerçants, artisans, travailleurs indépendants… Cette réforme est pertinente, puisqu'environ 4 % de nos saisines proviennent de ces assurés. Ainsi, on voit qu'une vraie demande existait de la part de ces populations qui se trouvent souvent dans la même situation que les particuliers, c'est-à-dire connaissant mal le fonctionnement d'un contrat d'assurance et les règles générales du droit ; en même temps, la Médiation de l'Assurance n'a pas été « submergée » par les saisines provenant de ces acteurs ;
- La loi de modernisation de la Justice de 2019(10) impose le recours à une forme de médiation ou de conciliation pour les litiges inférieurs à 5 000 euros, ce qui concerne une part significative des dossiers qui nous sont soumis ;
- Le dispositif de médiation est mieux connu, comme en témoigne

(7) Les sondages d'opinion publiés à l'occasion des élections présidentielles d'avril 2022 l'ont bien montré. Je renvoie aux études du Cevipof notamment.
(8) « L'archipel français », Jérôme Fourquet, Points, 2020. Et du même auteur : « La France sous nos yeux », Seuil, 2021.
(9) Communiqué de presse du 7 décembre 2020 du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance.
(10) Décret n° 2019-1333 du 11 décembre 2019 réformant la procédure civile qui a instauré cette obligation, tirant ainsi les conséquences de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

l'audience croissante de notre site internet et de nos publications sur LinkedIn ;

- Enfin, à tort ou à raison, et le recours à la médiation étant gratuit pour le consommateur, de plus en plus d'assurés estiment que leur réclamation aurait pu être mieux traitée par le courtier ou l'assureur.

Le volume de dossiers que nous avons à examiner pourrait encore très significativement augmenter dans les prochains mois, du fait d'une réforme programmée du traitement des réclamations.

Les associations de consommateurs se plaignent depuis des années du fait que pour les secteurs de la banque et de l'assurance, atteindre le Médiateur peut relever du « parcours du combattant », nécessitant de suivre une procédure d'escalade. Dans le système aujourd'hui en vigueur, il faut beaucoup d'énergie aux assurés pour saisir la Médiation de l'Assurance : au moins deux réponses négatives de l'assureur, dont celle du service Réclamations, ou deux mois de silence de l'assureur devant la réclamation de l'assuré, pour que les recours internes soient considérés épuisés et que l'on puisse se tourner vers la Médiation.

Cette saisine du Médiateur à l'issue d'une procédure d'escalade résulte d'une recommandation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sur le traitement des réclamations**(11)**.

Le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) s'est saisi du sujet au premier semestre 2021, en associant à ses travaux la Direction du Contrôle des pratiques commerciales de l'ACPR et le Secrétariat de la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC). Un consensus pour une réforme des modalités de saisine des médiations bancaire et d'assurance a été trouvé et publié en juillet 2021**(12)**.

L'ACPR s'est saisie de ce consensus pour engager une concertation avec la Profession de l'assurance visant à la réécriture de sa recommandation sur le traitement des réclamations. Cette nouvelle recommandation a été publiée en mai 2022. L'ACPR recommande**(13)** notamment aux intermédiaires et assureurs : « *de mettre en œuvre une organisation du traitement des réclamations permettant, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel la réclamation a été formulée :* (...)
- de répondre : ● *par écrit à toute réclamation écrite,* ● *de façon claire, adaptée au cas d'espèce et argumentée,* ● *dans le délai auquel le professionnel s'est engagé et, en tout état de cause, dans les deux mois à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement,* (...) ».

C'est un changement de philosophie profond. Désormais, dès lors que l'assuré aura manifesté son mécontentement écrit – peu importe si ce mécontentement est adressé directement à l'assureur ou à l'un des intermédiaires le représentant – à l'issue d'une période de deux mois d'échanges avec l'intermédiaire ou l'assureur, il pourra saisir la Médiation de l'Assurance.

(11) ACPR, Recommandation 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, modifiée le 6 décembre 2019.
(12) Rapport du CCSF : La médiation bancaire et de l'assurance | Banque de France https://www.ccsfin.fr/rapport-la-mediation-bancaire-et-de-lassurance (ccsfin.fr).
(13) ACPR, Recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations.

Cette réforme, qui entrera en vigueur le 31 décembre 2022, est sans aucun doute très favorable aux consommateurs dont l'accès à la médiation sera facilité. Elle pose dans le même temps un vrai défi aux assureurs et intermédiaires d'assurance, qui devront désormais gérer l'ensemble du processus de réclamation dans le délai réduit de deux mois, nettement inférieur à ce que nous constatons aujourd'hui, et potentiellement à la Médiation de l'Assurance, qui pourrait avoir à traiter une masse de dossiers bien plus importante si les assureurs ne parviennent pas en amont à faire face à la réforme.

Le Conseil d'Administration suit avec une grande attention l'entrée en vigueur de la réforme sur la base d'un ensemble d'indicateurs pour déclencher si nécessaire le recrutement de ressources humaines supplémentaires permettant de poursuivre l'objectif de réduction des délais de réponse.

2/ 20 000 SAISINES, COMME AUTANT DE RÉVÉLATEURS DE LA RELATION CLIENT

Notre mission consiste aussi à tirer les leçons de plaintes récurrentes et à dire aux assureurs et intermédiaires d'assurance les dysfonctionnements relevés afin de corriger certaines pratiques, dont certaines nous choquent. Elle est également d'expliquer aux assurés les raisons pour lesquelles, malgré leur étonnement, l'assureur a bien appliqué le contrat souscrit.

C'est pourquoi je suis très attaché au dialogue à construire et entretenir avec toutes les parties prenantes – associations de consommateurs, assureurs, courtiers, agents généraux, gestionnaires de patrimoine… – qu'il s'agisse de rencontres individuelles ou collectives (à l'occasion de la présentation du rapport annuel par exemple). **Je suis indépendant dans les propositions de solution que j'exprime, mais l'indépendance n'exclut pas le dialogue.**

Ce dialogue s'illustre par exemple par des réunions individuelles avec les assureurs, au niveau de la Direction générale et du Comité de Direction, permettant d'indiquer comment se situe l'assureur par rapport à ses pairs sur un certain nombre d'indicateurs (délais de réaction aux demandes de la Médiation de l'Assurance, volume de saisines, pourcentage de propositions de solution favorables à l'assuré, examen des positions en équité, clauses problématiques vues dans les contrats comme des clauses d'exclusions floues ou des clauses abusives…) afin d'évoluer vers de meilleures pratiques dans une logique constructive.

Ces échanges sont l'occasion de souligner combien il est parfois difficile pour l'assuré de comprendre un contrat d'assurance long de dizaines de pages, se composant des conditions particulières et des conditions générales – et pour les assurés professionnels d'un avenant spécifique au secteur d'activité concerné, par exemple celui de la restauration.

Avant même de parler de questions juridiques, le sujet de la clarté et de la lisibilité des contrats se pose, avec un vocabulaire parfois ambigu.

Trois exemples :

- Le terme d'**invalidité**. Le sujet est évoqué régulièrement, il n'en demeure pas moins : de nombreux assurés nous écrivent de bonne foi, se demandant comment il est possible qu'ils soient déclarés « invalides » par la Sécurité sociale (par exemple de catégorie 2**(14)**) mais non par leur assureur – car ils n'ont pas besoin de l'assistance d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne, or certains contrats d'assurance requièrent cette situation pour que la garantie soit délivrée. On utilise le même mot, « invalide », mais ce mot n'a pas la même définition selon la Sécurité sociale et l'assureur ;
- Le terme d'**accident**. Dans le langage courant, quand quelqu'un tombe d'une échelle on peut dire « qu'il lui est arrivé un accident ». Mais ce n'est pas le cas au sens du contrat d'assurance, qui définit souvent le terme d'une façon très restrictive, comme un événement qui doit être à la fois soudain, imprévisible, non souhaité par l'assuré, devant parfois résulter « *directement et exclusivement* » d'une cause extérieure, et parfois devant également avoir un caractère « *brutal* ». Si bien qu'il peut être en réalité extrêmement difficile de remplir les critères nécessaires à une prise en charge alors que par une lecture rapide, l'assuré pensait qu'il était couvert « *en cas d'accident* ». Se pose ici la question du devoir de conseil et de la mise en garde au moment de la souscription quant à la réalité de la couverture ;
- Le terme d'**effraction**. Au nom de la liberté contractuelle, l'assureur a le droit de définir les termes du contrat d'assurance. Il peut par exemple proposer la garantie « vol automobile » seulement en cas d'effraction et donner une définition de ce qu'il entend par là. Mais parfois l'assureur va trop loin, par exemple en estimant que, pour remplir cette condition, l'assuré devra prouver que la colonne de direction du véhicule a été forcée… ce qui ne correspond plus aux techniques modernes de vol ! Dans ce cas, la garantie est en pratique vidée de sa substance, la preuve de l'effraction étant impossible à fournir. Dans le cadre de son devoir de conseil, l'assureur doit proposer un contrat adapté à ce que l'assuré souhaite couvrir.

Ces exemples montrent une dérive chez certains acteurs : des définitions trop restrictives, qui ne correspondent pas au langage courant, conduisent à induire en erreur l'assuré sur la réalité des protections souscrites.

3/ LMA, FORCE DE PROPOSITION

Le Médiateur doit être force de proposition**(15)**.

Le fait que la Présidente du Conseil d'Administration de la Médiation de l'Assurance soit également la Présidente du Comité consultatif du secteur financier est un atout incontestable pour que les constats faits dans le traitement des litiges qui nous sont soumis se transforment en sources de réflexion pour le CCSF, lieu où toutes les parties prenantes sont présentes. J'ai ainsi attiré l'attention du Comité sur les trois sujets suivants à l'occasion de ma présentation du rapport annuel en septembre 2021**(16)**.

(14) La classification de la Sécurité sociale compte trois catégories d'invalidité.

(15) Selon l'article R.614-2 du Code de la consommation, le Médiateur doit faire part de ses recommandations sur les questions les plus fréquemment rencontrées dans les litiges qui lui sont soumis.

(16) CCSF, Avis du 29 avril 2022 sur l'harmonisation des délais de résiliation des contrats d'assurance et l'extension du délai de renonciation des contrats affinitaires, publié le 5 mai 2022.

a) Les assurances affinitaires

Ces assurances continuent de représenter une part disproportionnée des saisines de la Médiation de l'Assurance en assurance dommages : 13 % du total des dossiers en 2021 et nous voyons une nette poussée au cours des premiers mois de 2022. Il s'agit avant tout des litiges liés aux assurances de téléphone portable et aux questions relatives aux annulations de voyage.

Les problématiques sont différentes. À propos des annulations de voyage, c'est le caractère très restrictif des garanties qui est souvent dénoncé par les assurés. Cette question existait avant la pandémie, avec par exemple la nécessité d'une hospitalisation pour que la garantie puisse jouer. Elle a été renforcée en ces temps de Covid-19, la plupart des contrats – pas tous – excluant explicitement la prise en charge pour cause d'épidémie. On en revient aux questions de devoir de conseil alors que ces contrats sont souvent commercialisés par internet – mais aussi à la responsabilité de l'assuré, qui doit lire attentivement le contrat avant d'y adhérer.

En matière d'assurance de téléphone portable, il existe chez certains acteurs, intermédiaires ou assureurs, des pratiques commerciales incorrectes. La presse s'en est fait l'écho, y compris via des revues d'associations de consommateurs, et la DGCCRF(17) du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance a engagé des poursuites début 2022. Il ne faut pas mettre « tout le monde dans le même panier », mais le marché doit être assaini car nous continuons de voir, à la Médiation de l'Assurance, des pratiques commerciales trompeuses et des situations dans lesquelles le consentement à l'assurance n'a pas été recueilli correctement(18).

Je me réjouis que les idées que j'ai avancées l'an dernier aient fait leur chemin dans le cadre des travaux du CCSF, notamment le constat que le délai de rétraction de quatorze jours prévu par le Code de la consommation est trop court et qu'il doit être porté à trente jours pour ces assurances. Une autre question porte sur le point de départ de ce délai, notamment si une promotion commerciale offre une période de gratuité de l'assurance. L'Avis du CCSF indique que le délai de renonciation à l'assurance ne doit dans ce cas débuter qu'à compter du paiement de la première prime d'assurance.

b) La complexité des cas de résiliation des contrats

Il existe aujourd'hui seize modalités différentes de résiliation d'un contrat d'assurance, selon que cette résiliation se fasse à l'initiative de l'assuré ou de l'assureur, selon que l'on se trouve dans le cadre d'un contrat individuel ou collectif, selon qu'il s'agisse d'un particulier ou d'un professionnel…

Qui peut se retrouver dans une telle complexité, qu'il s'agisse de l'assuré bien sûr mais parfois également de l'assureur, quant aux dates de résiliation, délais de préavis et modalités à respecter ? D'autant que cette complexité n'a pas été souhaitée. Elle ne suit aucune logique. Elle est la conséquence de l'accumulation de strates de réglementation(19) au fil

(17) Direction générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des fraudes.

(18) La progression des avis en équité (plus de 6 % contre 3 % en 2019) s'explique d'ailleurs largement par les décisions exprimées à propos de ces assurances.

(19) **1989 :** loi du 31 décembre 1989 qui consacre le principe de la résiliation annuelle ; **2005 :** loi « Chatel », qui oblige les assureurs à rappeler la faculté de dénonciation de la tacite reconduction du contrat ; **2014 :** loi « Hamon », instaurant la résiliation à tout moment, après la première année de souscription, pour l'assurance habitation, l'assurance automobile (responsabilité civile) et l'assurance affinitaire ; **2019 :** loi du 14 juillet 2019 introduisant la résiliation à tout moment après la première année de souscription pour les contrats de complémentaire santé ; **2022 :** loi du 28 février 2022 appliquant à l'assurance emprunteur la possibilité de résilier à tout moment, dès la souscription.

des ans. Il était grand temps que l'on se penche activement sur la nécessaire harmonisation et simplification des règles, ce que le CCSF a eu le courage de faire.

En mai 2022, il a ainsi trouvé un consensus pour une harmonisation des conditions de résiliation des contrats d'assurance : il propose que tous les contrats d'assurance individuels ou collectifs à adhésion individuelle, couvrant des assurés personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, soient résiliables à tout moment après la première année de souscription.

Quelques exceptions demeureraient pour les contrats saisonniers (chasse, assurance scolaire…) mais ce serait là une grande avancée vers une simplification des conditions de résiliation d'un contrat d'assurance, qui prendrait effet à compter du 1er juillet 2023.

c) Les clauses d'exclusion floues

Il n'est pas acceptable que persistent aujourd'hui dans les contrats des clauses déclarées illégales (parfois de longue date) par la Cour de cassation. Depuis ma prise de fonction au printemps 2020, je me bats contre les clauses d'exclusion floues, comme celles relatives au « *défaut d'entretien* »**(20)**, concept trop vague pour que l'assuré puisse connaître exactement l'étendue de sa garantie. Quand l'assureur veut opposer des notions comme « *la négligence* » ou le fait que la maison n'a pas été construite suivant « *les règles de l'art* », ce sont des concepts flous, condamnés à ce titre par les tribunaux puisque le Code des assurances exige de ces clauses qu'elles soient d'une part en caractères très apparents, d'autre part « *formelles et limitées* », c'est-à-dire précises. On ne doit pas avoir à interpréter des clauses d'exclusion.

La Profession doit se fixer pour priorités de 1) cesser dès maintenant d'opposer ces clauses aux assurés et 2) les faire disparaître des contrats.

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

J'insiste sur ce point parce que, d'une part, je suis choqué que la Profession ne tire pas les conséquences des décisions de justice sur cette question, ce qui ne peut que nuire à son image ; d'autre part, car la Cour de cassation, irritée par cette situation, a durci sa jurisprudence en juin 2021**(21)**. Désormais, si quelques mots sont imprécis dans une clause d'exclusion, c'est l'ensemble de la clause qui doit être considérée invalide.

Certains acteurs majeurs du marché m'ont indiqué à la suite de mes interventions collectives et individuelles qu'ils cessaient dès maintenant d'opposer ces clauses à leurs assurés et engageaient un travail de réécriture pour les faire disparaître de leurs contrats.

(20) Clause condamnée avec régularité par la Cour de cassation depuis plus de vingt ans. Par exemple : Cass. 1ère Civ., 29 oct. 1984, n° 83-14464 ; Cass. 2ème Civ., 5 févr. 2015, n° 14-10507.
(21) Cass. 2ème Civ., 17 juin 2021, n° 19-24.467.

d) Enfin, le ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance m'a demandé un rapport sur **les assurances professionnelles et la crise sanitaire**(22)**,** publié le 8 juillet 2021.

Le Ministre Bruno Le Maire a bien voulu « *saluer les travaux du médiateur et la qualité de son rapport sur les litiges traités au cours de la crise sanitaire entre assureurs et assurés professionnels. Je le remercie pour sa mobilisation auprès de nos entreprises et pour avoir été un acteur privilégié et un interlocuteur de référence dans la résolution extrajudiciaire des litiges qui ont pu apparaître avec leurs assureurs dans le contexte de la crise sanitaire* ».

La synthèse de ce rapport a été intégrée dans le rapport annuel publié l'an dernier. Je rappelle ici les trois grandes séries de propositions que j'y faisais :

- **Informer**
  Par davantage de lisibilité des contrats – les contrats professionnels sont constitués de plusieurs documents, conditions particulières, conditions générales, avenant concernant un secteur précis comme la restauration ou l'hôtellerie… – et de clarté des clauses. Et par une attention « sur mesure » car les risques de pertes d'exploitation ne sont pas des risques de masse. Des contacts réguliers entre le Professionnel – courtier ou assureur – et l'assuré sont nécessaires pour vérifier que les couvertures demeurent adaptées à la croissance de l'entreprise.

- **Pacifier**
  L'ouverture de la Médiation aux assurances des PME, commerçants, artisans, travailleurs indépendants, décidée en décembre 2020, a été une bonne décision. En 2021, nous avons reçu 714 saisines provenant de ces assurés. Cela montre qu'un réel besoin existait. Dans le même temps, la Médiation de l'Assurance n'a pas été submergée par ces questions puisque ces saisines ne représentent que 4 % du total.

- **Dialoguer**
  C'est ce qui a le plus manqué au cœur de la crise sanitaire de 2020. Outre l'ouverture à la Médiation, le CCSF pourrait être utilement sollicité également si une nouvelle période de tensions s'ouvrait.

4/ LA PRATIQUE DE L'ÉQUITÉ

C'est la chance que j'ai en tant que Médiateur, de pouvoir aller au-delà de la lecture littérale et stricte du contrat, quand j'estime, avec l'équipe de LMA, que cela est nécessaire pour « *rétablir le juste* »(23).

En 2021, j'ai donné raison à l'assuré, au nom de l'équité, dans un peu plus de 6 % des cas, contre 3,5 % des dossiers en 2020. Cette progression s'explique notamment par les litiges relatifs aux assurances de téléphone portable, où, devant les centaines de témoignages convergents, j'ai souvent demandé à l'assureur d'annuler le contrat et de rembourser les primes perçues, le consentement de l'assuré à la souscription d'une assurance étant incertain. Par ailleurs, beaucoup d'assurés souhaitent liquider leur

(22) Communiqué de presse du ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance du 8 juillet 2021 ; Rapport de LMA : Les assurances professionnelles et la crise sanitaire : renouer un lien de confiance.

(23) À l'inverse, le fait que je ne sois pas un juge signifie que mes propositions de solution ne s'imposent pas aux parties. Celles-ci peuvent refuser de me suivre (pour l'assureur, c'est alors au Directeur général de l'entreprise d'assurance de me le dire) et il est possible d'aller devant les tribunaux si le litige persiste après ma Médiation. En 2021, les propositions de solution ont été suivies par les assureurs dans 99,8 % des cas.

contrat d'épargne retraite supplémentaire sous forme de capital, et non de rente viagère. Jusqu'au premier semestre 2021, ce n'était possible dans le cadre d'un PERP, d'un contrat Madelin ou d'un contrat de type « article 83 » que si la rente à verser était inférieure à 40 euros par mois. Quand la rente à verser était proche de ce seuil et que l'assuré faisait état de difficultés financières, j'ai invité l'assureur à verser cette épargne sous forme de capital. Le seuil ayant été réhaussé à 100 euros par mois depuis juillet 2021, cette situation devrait disparaître.

C'est toujours au cas par cas qu'il convient de s'interroger sur l'opportunité d'une position en équité. Parfois, le contrat a été correctement appliqué mais la lenteur des délais de gestion ou le manque de réactivité du Professionnel nous conduisent à accorder une somme forfaitaire à l'assuré.

Au-delà des propositions de solution exprimées en équité, rappelons que nous avons des marges d'interprétation pour aller dans le sens de l'assuré tout en appliquant strictement le droit, puisque **le doute doit profiter à l'assuré.**

Par ailleurs, dans l'examen des litiges qui nous sont soumis, les juristes de la Médiation de l'Assurance vont vérifier entre autres les aspects suivants, que les arguments aient été soulevés ou non par les parties : y a-t-il fausse déclaration sur la nature du risque à couvrir et est-elle intentionnelle ? Le consentement de l'assuré au contrat est-il clair ? A-t-il bien reçu les informations et documents nécessaires ? Le devoir de conseil a-t-il été bien mis en œuvre ? Y a-t-il une clause abusive, c'est-à-dire un « déséquilibre significatif » dans la relation ? Les clauses d'exclusion sont-elles précises, ne laissant pas de place à l'interprétation ? Si l'assureur affirme qu'on lui a menti lors de la souscription du risque, a-t-il posé des questions précises qui permettent de confirmer cette vision ?

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

5/ POINTS D'ATTENTION

Deux sujets doivent être ici signalés :

a) Forte hausse des saisines relatives aux catastrophes naturelles

Nous constatons une progression constante des litiges sur ce sujet. Les événements climatiques, qu'ils soient ou non qualifiés de « catastrophe naturelle » au sens légal, représentent début 2022 10 % des saisines relatives à l'assurance dommages. En 2019, ce n'était que 6 %.

En leur sein, on constate la croissance des litiges liés à la sécheresse, qui représentent désormais 2 % de nos saisines en assurance dommages, contre moins de 1 % en 2019. Contrairement aux autres événements climatiques qui ont un caractère soudain (tempête, grêle, inondations...), qu'il est facile de dater et de quantifier, les sécheresses sont des

phénomènes en général lents. Si bien qu'il est très difficile pour un expert de rattacher les fissures de l'habitation à une période limitée à deux mois par un arrêté de catastrophe naturelle concernant une commune.

Souvent, le phénomène de fissuration a commencé avant la période identifiée par l'arrêté officiel. Nous voyons donc souvent des litiges où l'assuré est persuadé que la sécheresse est la cause des désordres de son habitation, mais l'expert, et par suite l'assureur, ne peuvent rattacher précisément ces désordres à la période limitée de l'arrêté.

b) La disparition du questionnaire de santé en assurance emprunteur

En assurance emprunteur, nous sommes souvent saisis de litiges qui portent sur la justesse des réponses faites par l'assuré au moment de la souscription, lorsqu'il a répondu à des questions sur son état de santé et ses pathologies. La loi dite « Lemoine » du 28 février 2022, qui supprime le questionnaire de santé pour les prêts immobiliers inférieurs à 200 000 euros par part assurée et arrivant à échéance avant les 60 ans de l'emprunteur, sera donc un bouleversement des pratiques pour une partie du marché.

La Médiation de l'Assurance aura sans doute son rôle à jouer dans l'analyse des nouvelles exclusions ou questions qui seront posées sur le comportement et les habitudes de vie des candidats à l'assurance.

POUR CONCLURE

Dans une société française plus défiante que jamais[24], et alors que les questions d'assurance sont essentielles à la cohésion sociale, la Médiation de l'Assurance a un rôle important à jouer. Pour dire, cas par cas, ce qui apparaît juste, en droit ou en équité. Pour expliquer, apaiser, jouer le rôle d'un tiers de confiance. Pour dénoncer aussi, parfois, des comportements ou des contrats choquants.

Ce rôle est de mieux en mieux reconnu. Le Professeur Luc Mayaux, Directeur de l'Institut des assurances de Lyon, a écrit dans la Revue générale de droit des assurances en septembre 2021 :
« L'expression de « mode alternatif de règlement des conflits » n'a jamais été autant d'actualité, la médiation devenant un concurrent pour la justice. Cette évolution appelle plusieurs niveaux d'analyse. Sur un plan politique et financier tout d'abord, elle traduit volens nolens *un désengagement des pouvoirs publics relativement à une prérogative pourtant régalienne. La médiation, dispositif interne à la profession, serait plus efficace que la justice (car émanant d'experts) et surtout elle ne coûte rien à l'État. On retrouve le même mouvement avec l'auto-régulation du courtage. Sur un plan juridique ensuite, la standardisation des « propositions de solution » (qui est obligée vu le nombre) renforce la normativité du « droit mou » (ou du* soft power *comme dit le médiateur de l'assurance dans son rapport) qui se durcit singulièrement. Il faut rappeler que le droit se nourrit de la répétition. Et le tempérament apporté par l'équité n'en est pas réellement un dès lors qu'on passe d'une équité subjective (celle de l'arbitre ou du médiateur « classique ») à une équité supérieure, à un principe d'équité qui tend à devenir un principe général du droit.*

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

*À cet égard, la lecture du rapport du médiateur de l'assurance, et des « études de cas » qu'il comporte, va devenir aussi nécessaire (*horresco referens*) que celle du rapport annuel de la Cour de cassation. À quand un commentaire comparé des deux rapports qui paraîtrait tous les ans dans cette Revue ? On n'en est pas là, mais on voit que la médiation n'est pas seulement un phénomène sociologique, qui en dit beaucoup sur le monde contemporain. Elle est aussi une réalité juridique. Au moins en assurance, le médiateur est devenu un acteur du droit à part entière ».*

Alors que nos pouvoirs formels sont limités, nous devons convaincre, par notre indépendance et notre compétence.

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

Sur le plan quantitatif, les saisines ont crû de plus de 33 % sur deux ans. Quelles que soient les raisons de cette croissance, c'est le signe en tout cas que la possibilité de recourir à la médiation est de mieux en mieux connue et appréciée – saisine qui peut être faite directement par l'assuré, mais aussi pour son compte, par exemple par une association de consommateurs, un service de protection juridique ou un avocat.

Nous avons par ailleurs de plus en plus d'adhérents : plus de 12 000 professionnels (assureurs, courtiers, agents généraux, gestionnaires de patrimoine…) nous font confiance aujourd'hui pour assurer leur médiation. Dans le cadre de la réforme de l'auto-régulation du courtage, de nouvelles associations nous ont rejoint.

Quelques derniers mots, plus personnels, de **remerciements.**

Au Conseil d'Administration de LMA, et en particulier à sa Présidente, Corinne Dromer.
Le Conseil est très impliqué, attentif au suivi de ces défis, conscient de l'ampleur de nos chantiers. La réforme du traitement des réclamations, initiée par le CCSF dans son rapport de juillet 2021, concrétisée par la recommandation ACPR 2022-R-01 du 9 mai 2022 et qui entrera en vigueur le 31 décembre 2022, peut avoir un impact considérable sur notre activité par un nombre accru de dossiers à traiter. Cela dépendra notamment de la capacité des courtiers et assureurs à absorber l'impact de la réforme, via leurs services internes et le cas échéant en augmentant le nombre de transactions amiables.

À l'équipe LMA. Elle a du talent et du potentiel. L'équipe m'a impressionné cette année encore par son implication malgré les difficultés d'organisation liées à la crise sanitaire, qui ne nous ont pas épargnés au cours des derniers mois.

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

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

Les juristes, en 2021, ont produit 10 % de propositions de solution de plus qu'en 2020, où la hausse avait déjà été de 16 %.

En juin 2022, le volume de propositions de solution est encore en hausse de 10 % sur un an. C'est le signe des efforts très remarquables mis en place pour que nous gagnions en efficacité, en rédigeant des positions dans un vocabulaire accessible à tous. Nous répondons aux questions des assurés, qui ne sont en général ni des experts de l'assurance ni des spécialistes du droit, et devons le faire avec la plus grande pédagogie possible.

Ces performances sont très encourageantes pour nous permettre de répondre aux défis à venir.

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

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

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE
SOMMAIRE
AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE
1. INTRODUCTION
6. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES
7. UN CAS À PART
8. ANNEXES
9. INDEX

2

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

CHIFFRES CLÉS 2021

CHIFFRES CLÉS 2021

19 684
saisines

47%
des solutions favorables à l'assuré

3 977
propositions de solution

1 299
règlements amiables

99,8%
des propositions acceptées par l'assureur

1
Médiateur
sectoriel référence pour l'Assurance

54
collaborateurs (juin 2022)

42%
de saisines en ligne

5 mois
de réduction du délai de traitement en 2 ans

12 000
professionnels adhérents

Des enjeux financiers de **0 €...**

... à 420 000 €
en assurance de biens

... à 535 000 €
en assurance de personnes

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

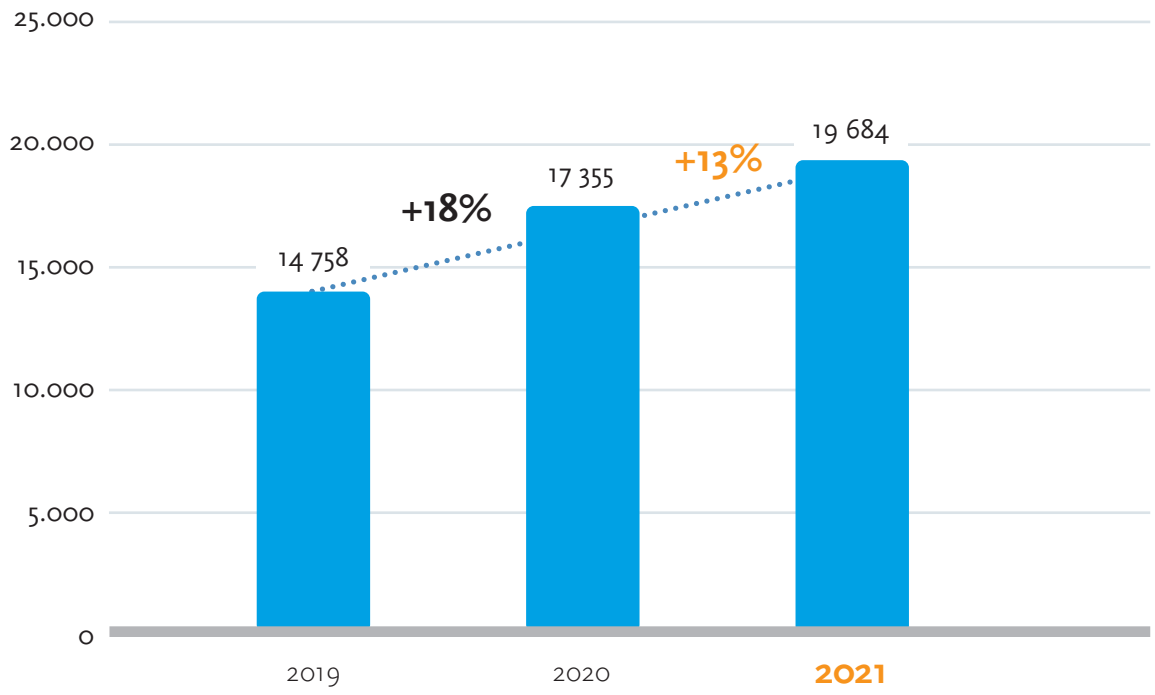
LES SAISINES

1. LES SAISINES REÇUES

En 2021, **La Médiation de l'Assurance a reçu 19 684 saisines, soit une progression de 13 %** en un an et d'un tiers sur les deux dernières années.
L'augmentation du nombre de saisines a été portée par différents facteurs :

- Les effets de la loi de modernisation de la justice de 2019*– obligation, pour les litiges inférieurs à 5 000 euros, de tenter une médiation ou une conciliation avant d'aller en justice – ont été accentués par le prolongement de la crise sanitaire ;
- Les saisines par internet ont doublé en deux ans. Les efforts de communication et de simplification de l'accès à la saisine en ligne ont permis de développer et de pérenniser ce canal de saisine au-delà des périodes de confinement ;
- L'ouverture de La Médiation de l'Assurance aux litiges relatifs aux assurances professionnelles (PME, commerçants, artisans, professions libérales...), annoncée en décembre 2020 par le ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance, a également participé à cette croissance. Ainsi en 2021, 699 saisines reçues concernaient une assurance professionnelle, soit 3,6 % du total des saisines de La Médiation de l'Assurance. ●

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



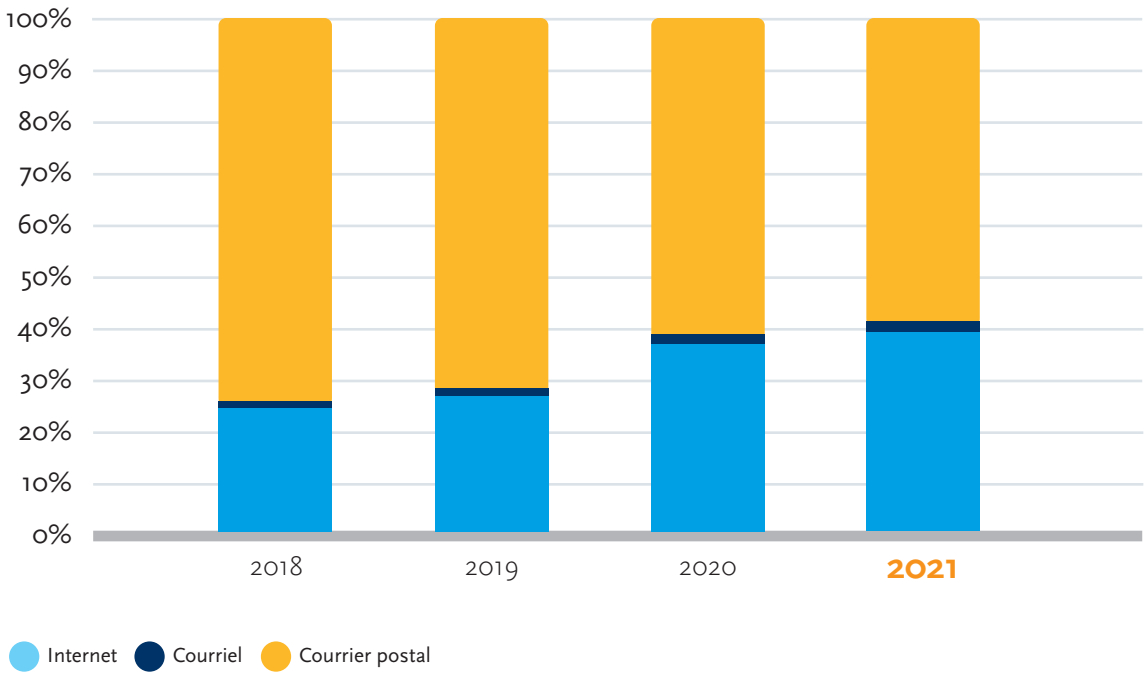
2. LA PROVENANCE DES SAISINES

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

- Saisine en ligne, via le site internet de La Médiation de l'Assurance (mediation-assurance.org) ;
- Courrier postal ;
- Courriel.

En 2021, 42 % des assurés ont saisi La Médiation de l'Assurance par voie électronique, soit par le biais du formulaire en ligne (40 %), soit par courriel (2 %). Les saisines par courrier postal (58%) représentent toujours une majorité des dossiers reçus. Au printemps 2022, les saisines par voie électronique représentent 45 % des demandes reçues.

En 2021, le site internet de La Médiation de l'Assurance a fait peau neuve. Cela a permis d'augmenter sa visibilité, son accessibilité, et de mettre en avant sa mission pédagogique. Ce nouveau site a également simplifié la saisine en ligne en introduisant un test rapide pour accompagner le réclamant dans sa démarche. Ce test lui permet de vérifier l'éligibilité de son dossier à la médiation avant de déposer sa saisine.



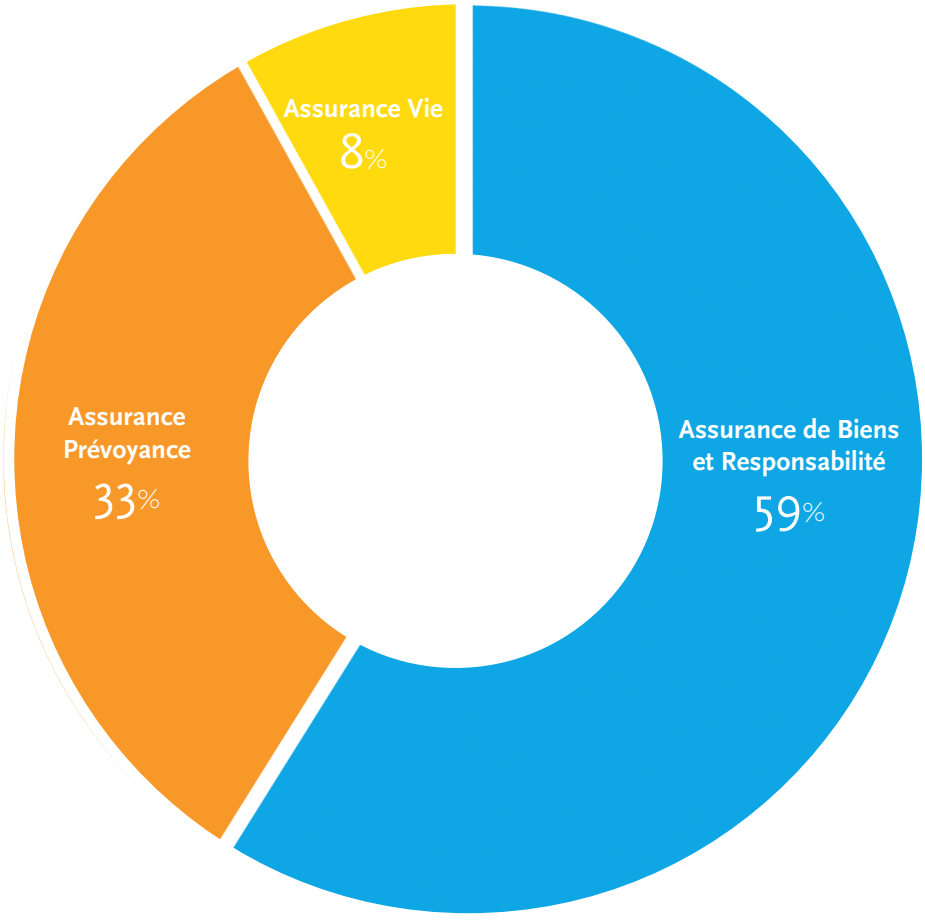
Les assurés peuvent saisir directement La Médiation de l'Assurance ou ont la faculté de se faire représenter (avocat, assureur de Protection Juridique, organisation de consommateurs...).

La plus grande partie des saisines provient directement du réclamant (l'assuré, le bénéficiaire du contrat ou son entourage), à hauteur de 94,5 % en 2021. Cette année, un peu plus de 2 % des dossiers ont été adressés au Médiateur par des assureurs de Protection Juridique, 1 % par des avocats, 1% par des organisations de consommateurs. Les 1,5 % restant sont des dossiers transmis par d'autres représentants (conciliateur de justice, autre médiateur, tiers, juridiction...).

LES SAISINES

3. LA RÉPARTITION DES SAISINES

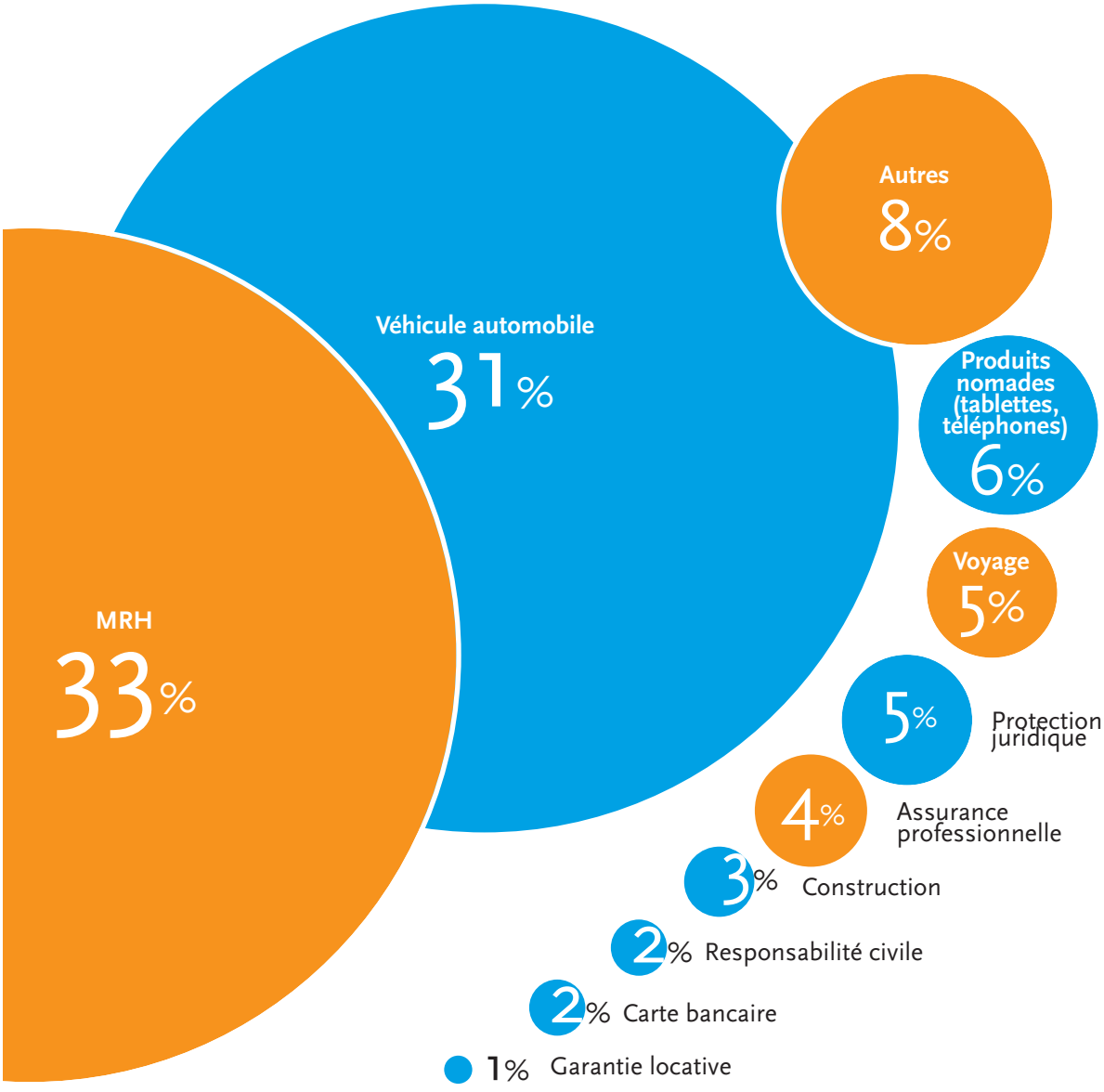
Les litiges qui concernent un contrat d'assurance de Biens et de Responsabilité sont toujours les plus représentés en 2021, avec **59** % des saisines.
Les litiges relatifs aux assurances de Personnes ont augmenté cette année et comptent pour **41** % des demandes de médiation, dont 33 % portent sur des contrats de prévoyance (santé, retraite, obsèques, emprunteurs...), et 8 % des contrats d'assurance vie.



4. LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

Les litiges relatifs aux contrats d'assurance Multirisques Habitation (33 %) et Automobile (31 %) ont augmenté en 2021 et représentent ensemble près des deux tiers des saisines.

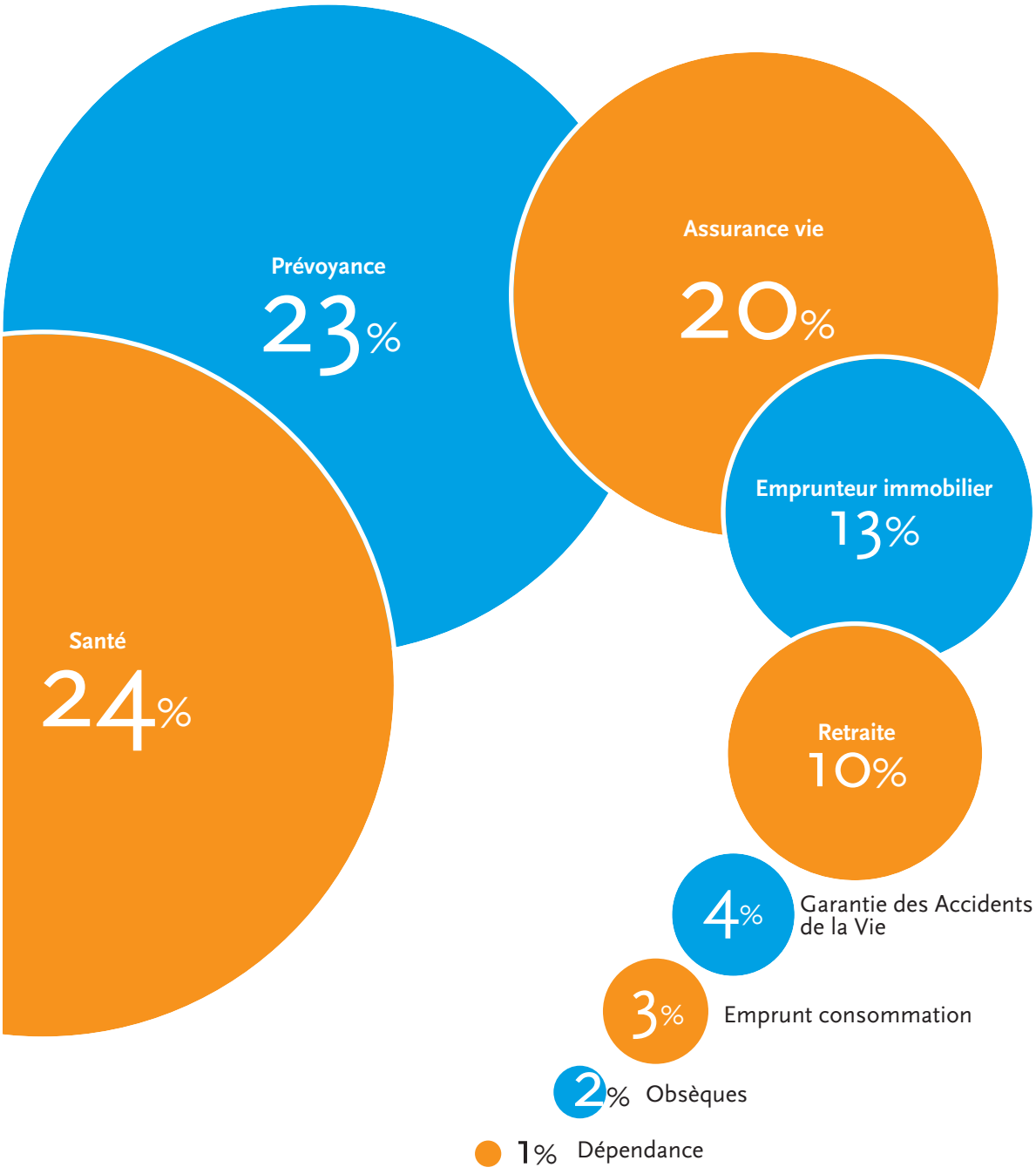
Les contrats d'assurance dits « affinitaires » – produits nomades, annulation de voyage, carte bancaire – qui faisaient l'objet d'une sur-représentation en 2020 (18 %), constituent, en 2021, encore 13 % des litiges portés à la connaissance de La Médiation de l'Assurance. Le nombre de dossiers portant sur une assurance de téléphone portable a diminué en 2021, et la levée de certaines restrictions sanitaires a probablement permis également de réduire le nombre de litiges liés aux annulations de voyage qui avaient bondi en 2020 dans le cadre de la pandémie de Covid-19. Cependant, nous constatons que les litiges progressent de nouveau nettement sur ces assurances au début 2022.



LES SAISINES

5. LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

En assurance de Personnes, les contrats d'assurance Santé (24 %) sont la source la plus importante de litiges.
Les différends portant sur des contrats de prévoyance, garantissant le décès, l'invalidité ou l'incapacité, sont à l'origine de 23 % des saisines en assurance de Personnes. 20 % concernent l'assurance vie et 16 % l'assurance emprunteur, prêts immobiliers ou à la consommation.

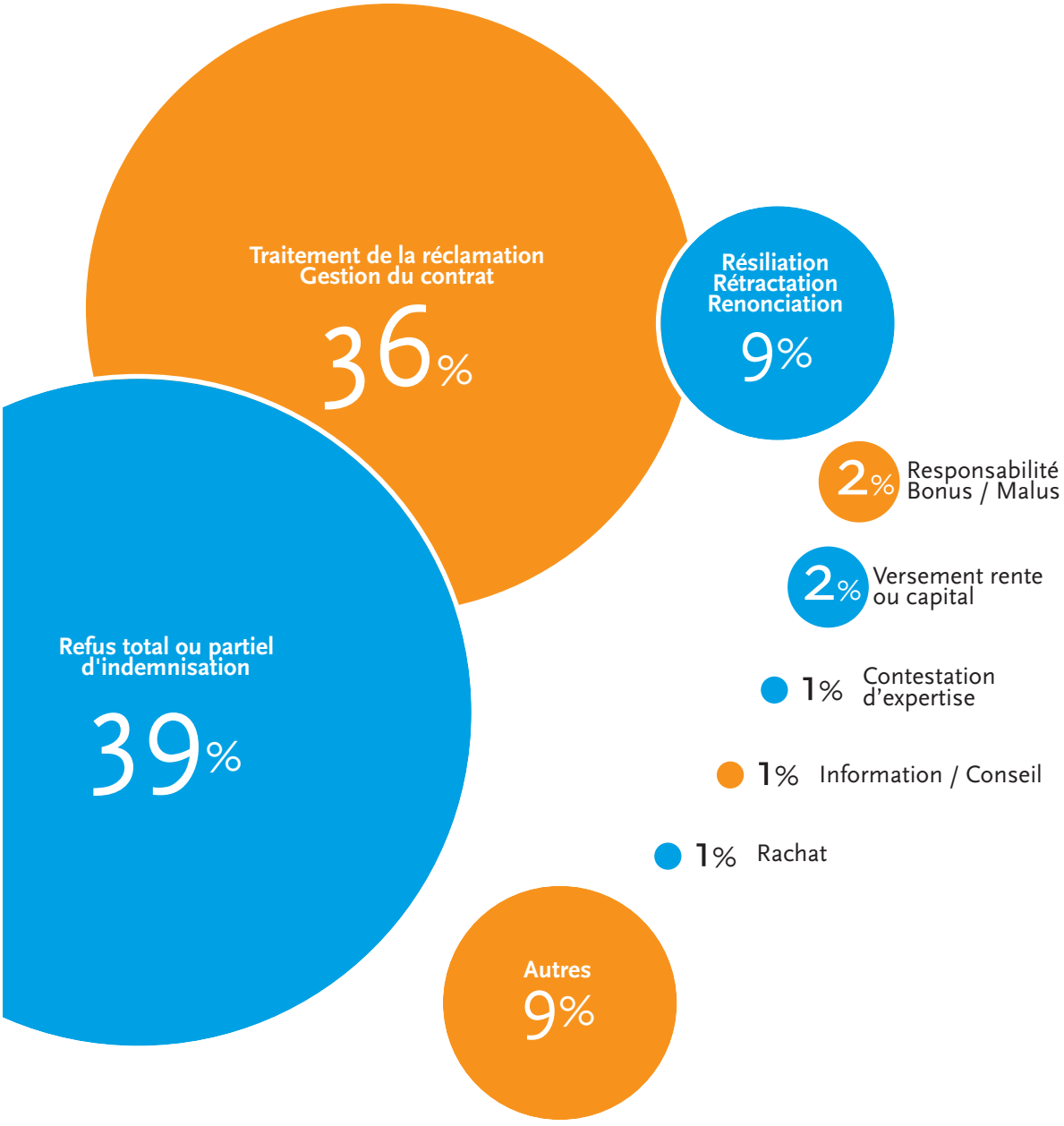


6. LES MOTIFS DE LITIGES

En 2021, les litiges ont eu pour origine :

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

Les difficultés liées à la résiliation, à l'initiative de l'assureur ou de l'assuré, génèrent de nombreuses incompréhensions et litiges puisqu'elles représentent toujours 9 % des saisines en 2021.

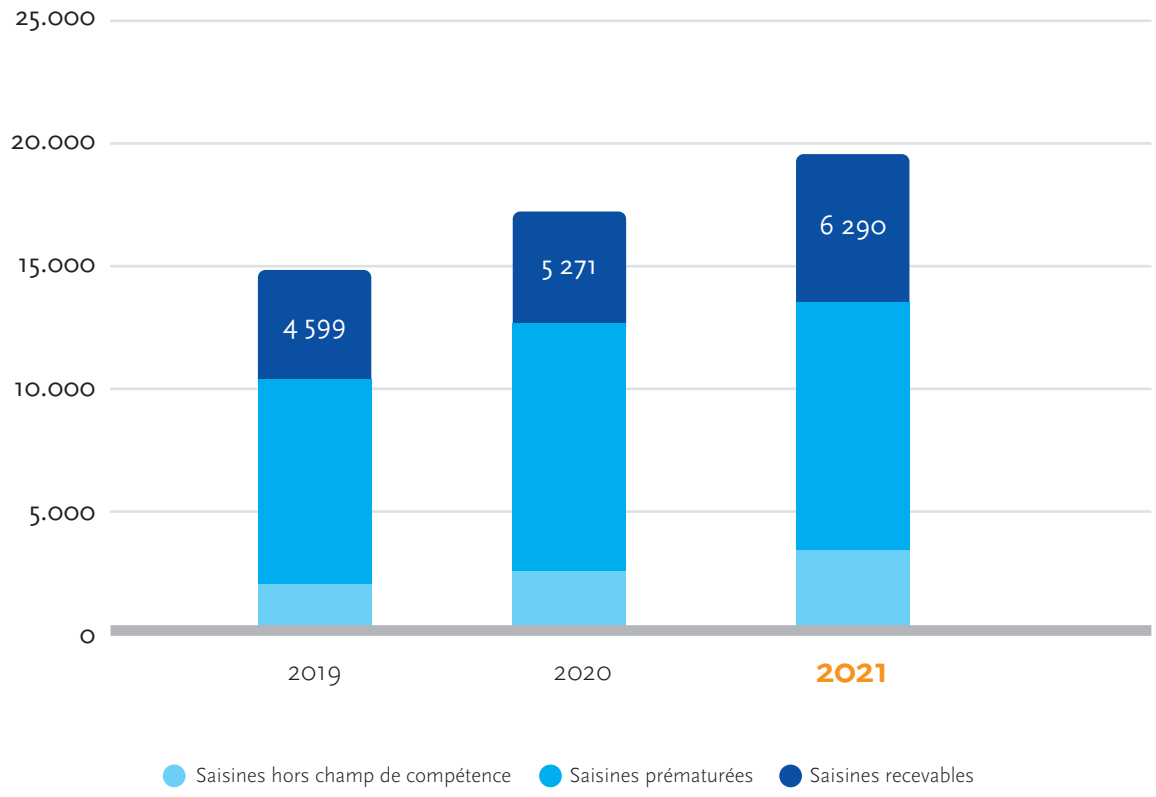


7. LA RECEVABILITÉ DES SAISINES

32 % des saisines reçues en 2021 ont été déclarées recevables. Leur nombre a ainsi augmenté de 19 % entre 2020 et 2021, et de plus de 36 % en deux ans.

La proportion des saisines déclarées irrecevables au sens de l'article L.612-2 du Code de la consommation reste importante en 2021 (68 %) :

- 20 % des saisines étaient hors du champ de compétence de la médiation de la consommation (contre 22 % en 2020) :
  - La saisine ne concernait pas l'application ou l'interprétation d'un contrat d'assurance (par exemple, le litige concernait une relation bancaire) ;
  - Le professionnel d'assurance concerné n'était pas adhérent à La Médiation de l'Assurance (par exemple, le litige était de la compétence du médiateur de la Fédération Nationale de la Mutualité Française ou du Centre Technique des Institutions de Prévoyance) ;
  - La réclamation avait déjà été examinée ou était en cours d'examen par un autre médiateur ou un tribunal ;
  - La demande était manifestement abusive ou infondée.
- 48 % d'entre elles étaient prématurées, c'est-à-dire que l'assuré a saisi la Médiation de l'Assurance avant d'avoir effectué toutes les démarches prévues par son contrat auprès de son assureur, en amont de sa saisine, notamment avoir saisi le service Réclamations.



Les travaux menés par le Comité consultatif du secteur financier (CCSF)*, visant à permettre un recours plus rapide aux Médiateurs du secteur financier ont abouti à une évolution de la réglementation.
La Recommandation de l'ACPR 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations, qui modifie la recommandation précédente qui datait de novembre 2016**, entrera en application le 31 décembre 2022. Elle simplifiera l'accès à la médiation en permettant au consommateur, sans réponse définitive du professionnel, de saisir le Médiateur deux mois après avoir fait part de son premier mécontentement par écrit, quel qu'en ait été le destinataire (l'assureur lui-même, un courtier, un délégataire de gestion...) et quel que soit le dispositif de réclamation prévu à son contrat. C'est un changement de philosophie très important, puisque l'on passe du respect d'une procédure d'escalade à plusieurs niveaux à un temps limité de deux mois, soit un délai fortement réduit par rapport à ce que nous pouvons constater quant aux pratiques existantes pour traiter une réclamation. ●

(*) Rapport du Comité consultatif du secteur financier, « La médiation bancaire et de l'assurance », juillet 2021.
(**) Recommandation 2016-R-02 du 14 novembre 2016 sur le traitement des réclamations, modifiée le 6 décembre 2019.

2B

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

LES MÉDIATIONS EFFECTUÉES

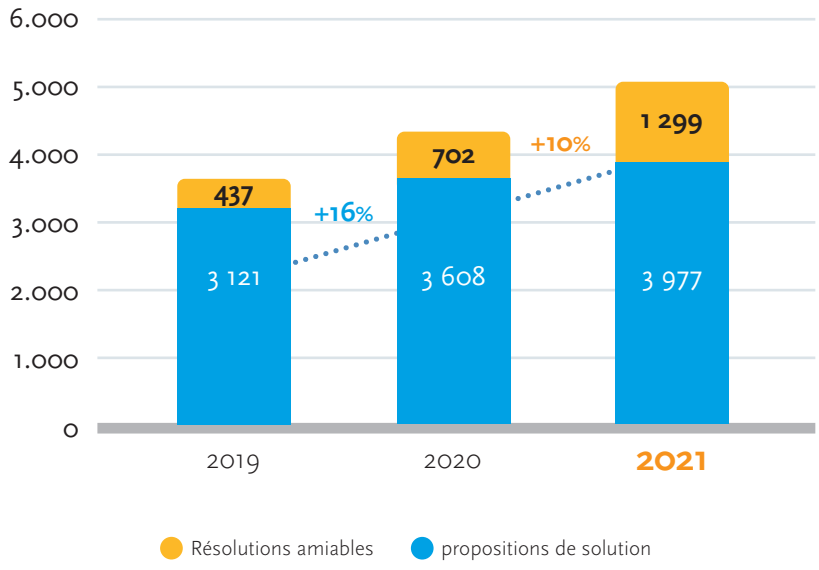
1. LES PROPOSITIONS DE SOLUTION

En 2021, La Médiation de l'Assurance a formulé 3 977 propositions de solution, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2020 (où la progression était déjà de 16 % par rapport à 2019)*.

Par ailleurs, après la saisine de La Médiation de l'Assurance, les assureurs et intermédiaires d'assurance peuvent encore proposer une transaction amiable. Elle passe alors par l'intermédiaire de LMA. Si elle est acceptée par l'assuré, la procédure s'arrête. En 2021, 1 299 litiges ont ainsi été résolus par un règlement amiable en cours de procédure, avant l'émission de la proposition de solution de LMA. On voit ainsi que le simple fait de saisir La Médiation de l'Assurance a parfois le mérite de provoquer un réexamen immédiat par le service Réclamations de l'assureur qui corrige une appréciation précédente.

Une cinquantaine de dossiers ont été interrompus par l'engagement d'une procédure judiciaire en cours de médiation par une des parties au litige et 591 médiations ont été clôturées par suite d'absence de transmission des éléments nécessaires à l'examen de la demande ou abandon de la procédure par le réclamant.

(*) Au printemps 2022, le rythme annuel d'émission de propositions de solution est de 4 400.



2. LA NATURE DES SOLUTIONS

En tenant compte des transactions amiables effectuées sous l'égide de La Médiation de l'Assurance, son action a permis de proposer une issue favorable au réclamant, en tout ou partie, dans 47 % des cas.

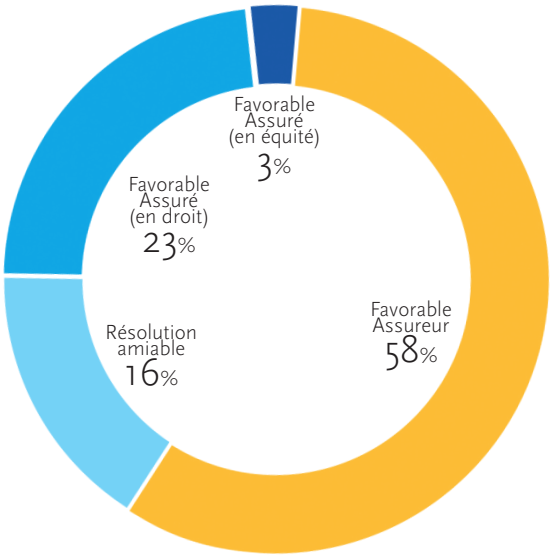
La médiation est une procédure écrite. Après étude de l'ensemble des pièces et des arguments communiqués par les parties, La Médiation de l'Assurance émet une proposition de solution.

En 2021, 31 % des solutions formulées par La Médiation de l'Assurance ont été, en tout ou partie, favorables à l'assuré, dont 6,4 % au titre de l'équité ce qui est presque un doublement par rapport à 2020. Cette forte hausse des décisions en équité est notamment liée aux litiges en matière de téléphonie mobile – quand nous avons le sentiment que le consentement à l'assurance n'a pas été recueilli correctement – et, dans une moindre mesure, aux sorties en capital de l'épargne retraite dans le cadre de contrats PERP, quand l'assuré nous fait part de sa précarité financière. Le relèvement du seuil mensuel de rente permettant la sortie en capital, passé de 40 à 100 euros en juillet 2021, devrait réduire le nombre de litiges à ce titre.

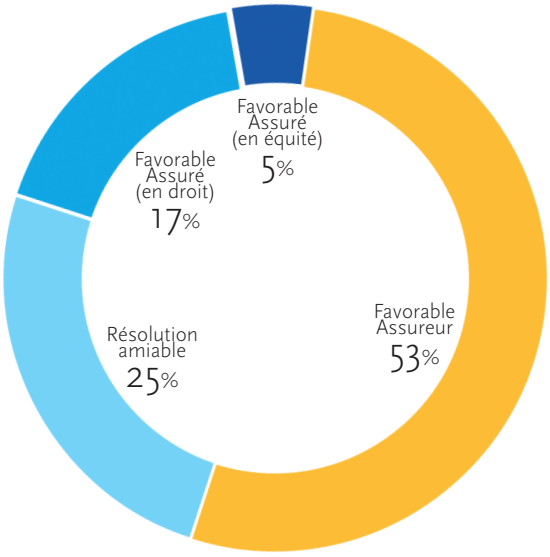
Dans 69 % des solutions exprimées, La Médiation de l'Assurance a donc confirmé la position de l'assureur et aidé l'assuré à mieux la comprendre en lui apportant des éléments pédagogiques. LMA joue alors le rôle d'un tiers de confiance, en confirmant à l'assuré que le contrat a été correctement appliqué par son assureur.

Lorsque La Médiation de l'Assurance propose une solution différente de celle émise par le professionnel, les parties sont invitées à faire connaître leur accord sur la mise en œuvre de la proposition émise. En 2021, lorsque La Médiation de l'Assurance est allée dans le sens de l'assuré, nous avons été suivis dans 99,3 % des cas par le professionnel (assureur ou intermédiaire d'assurance). Dans les très rares cas (moins d'une dizaine) où l'assureur n'a pas souhaité suivre la proposition exprimée, l'assuré peut saisir la justice de son différend en présentant au juge les arguments de La Médiation de l'Assurance. ●

2020



2021



3. LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

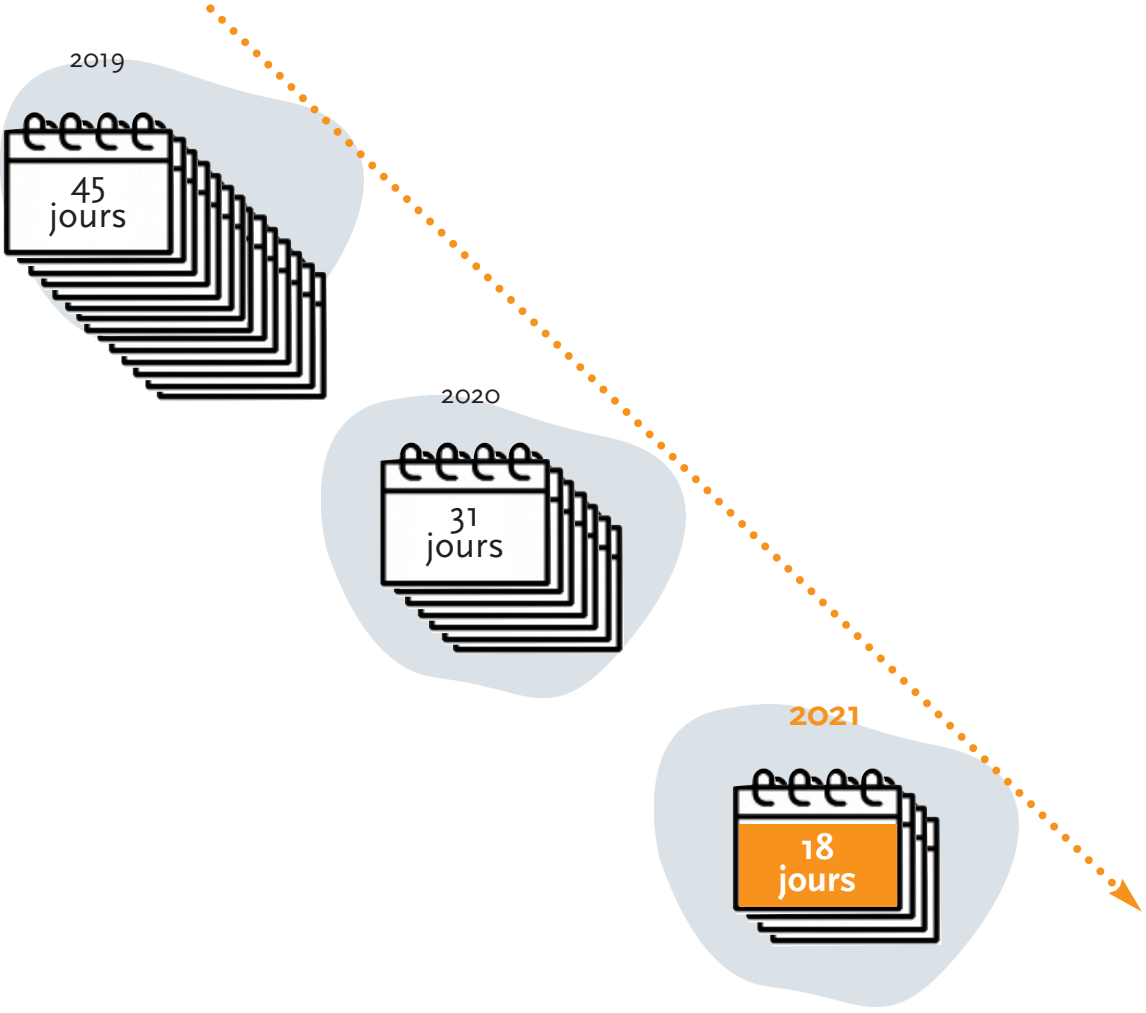
En 2021, La Médiation de l'Assurance a poursuivi son objectif de réduction des durées de traitement.

L'amélioration de notre organisation et les modernisations informatiques ont permis des gains de productivité importants. Nous avons ainsi pu réduire les délais de traitement tant sur la phase d'analyse de la recevabilité que sur celle du traitement de la saisine recevable.

Le délai moyen d'envoi de la notification de recevabilité, qui était de 45 jours en 2019, a été réduit à 18 jours, respectant ainsi l'obligation de 21 jours établie par le Code de la consommation*.

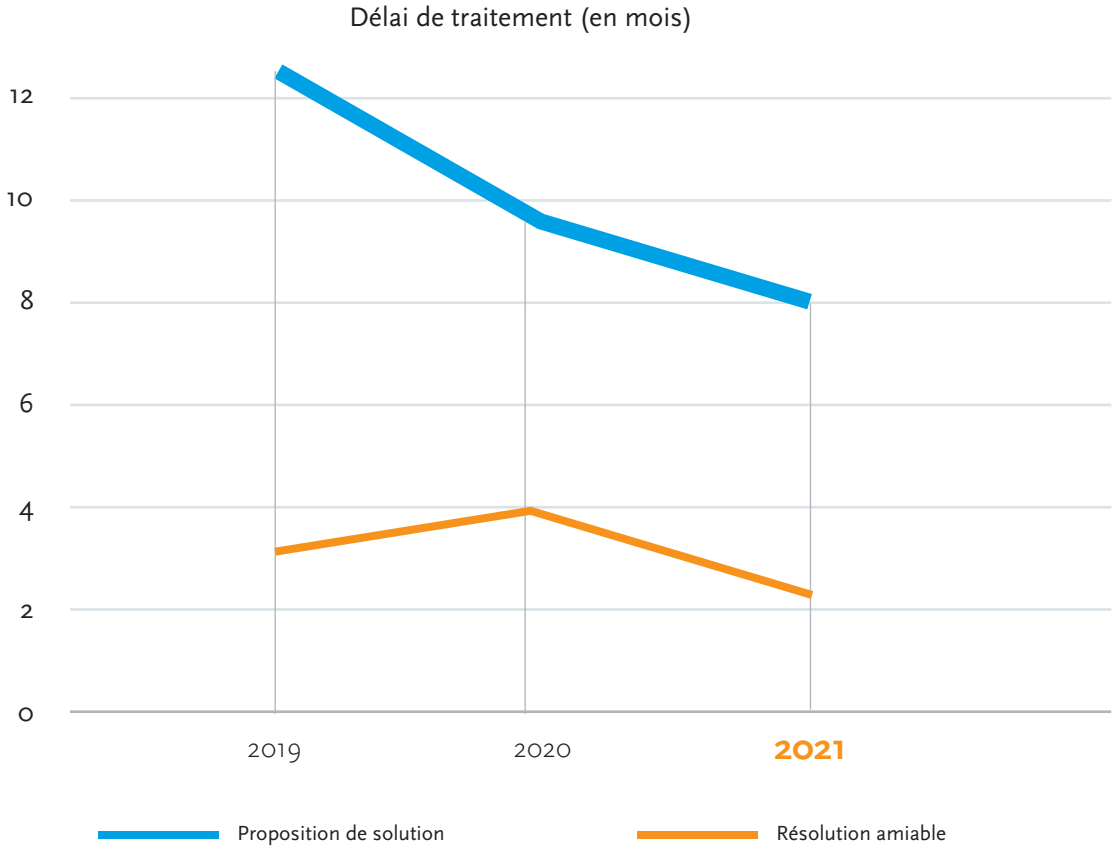
(*) Au printemps 2022, ce délai a été réduit à 10 jours.

Délai de notification de la recevabilité (en jours)



Le délai d'émission d'une proposition de solution à partir de la recevabilité est passé en moyenne de 13 mois fin 2019 à 8,3 mois fin 2021, malgré la hausse d'un tiers des saisines sur la période. En fin d'année, 18 % des propositions de solution étaient traitées dans les 3 mois.

En prenant en compte les résolutions amiables, le délai pour aboutir à une solution en 2021 a été de 7 mois et demi, les résolutions amiables aboutissant en moyenne dans les 82 jours après la notification de la recevabilité.



La modernisation de La Médiation de l'Assurance se poursuit en 2022 avec l'ouverture sur notre site internet d'un « espace réclamant ».

Cet espace permet aux réclamants :

- De communiquer par voie électronique les pièces nécessaires à l'étude de leur dossier ;
- De prendre connaissance des courriers de La Médiation de l'Assurance de façon beaucoup plus rapide ;
- De communiquer directement leur décision sur les propositions qui leur sont faites.

Il fluidifie les relations entre le consommateur et La Médiation de l'Assurance et permet de réduire notablement le délai d'obtention de pièces nécessaires à l'étude des dossiers.

LES LITIGES
EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ
LES LITIGES
EN ASSURANCE DE PERSONNES
30%
32%
8%
5%
5%
20%
17%

3

LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

GOUVERNANCE ET RESSOURCES DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

La Médiation de l'Assurance (LMA) offre aux consommateurs un dispositif gratuit de règlement des litiges pouvant intervenir entre les particuliers et les entreprises ou les intermédiaires d'assurance dans le cadre d'une procédure de médiation de la consommation.
LMA est donc placée sous l'autorité du Médiateur de l'Assurance référencé par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC), Arnaud Chneiweiss.
L'association, créée en septembre 2015, est née de la fusion des médiations sectorielles antérieures. Son Conseil d'administration est présidé par Corinne Dromer, par ailleurs Présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF). Il est composé des personnalités suivantes :

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

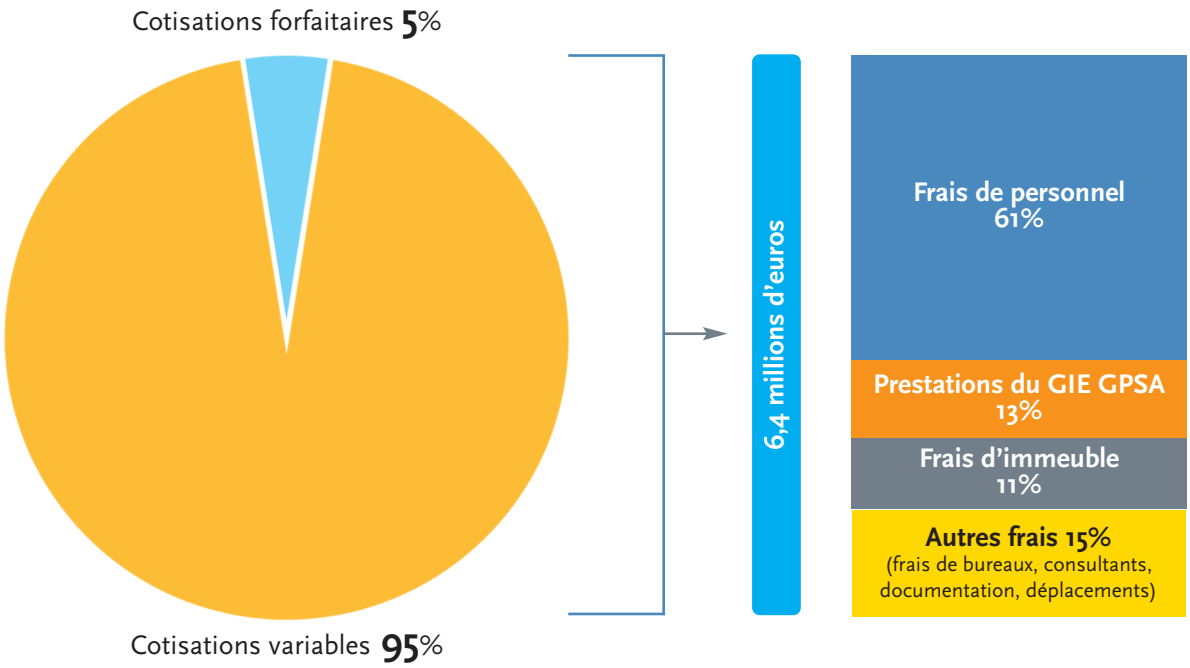
UN BUDGET DE 6,4 MILLIONS D'EUROS EN 2021

Le recours à la médiation est gratuit pour le consommateur. Le budget de fonctionnement de LMA est donc entièrement financé par les professionnels de l'assurance adhérents à LMA :

- 5 % du budget de LMA est constitué de la cotisation forfaitaire annuelle versée par tous les adhérents ;
- Les 95 % restants sont financés par une cotisation variable établie chaque année pour chaque adhérent, en fonction du nombre de saisines recevables qui le concernent.

Le budget de LMA est donc établi par répartition entre les adhérents. Si un groupe d'assurance représente 10 % des saisines recevables de LMA, il participera à hauteur de 10 % du budget, en dehors de la cotisation forfaitaire.

En 2021, LMA a présenté un budget de fonctionnement de 6,4 millions d'euros, dont 61 % attribués aux frais de personnel. Les fonctions support (ressources humaines, comptabilité, informatique, moyens généraux), apportées par le GIE GPSA, ont représenté en 2021 13 % du budget total, soit un coût de 864 100 euros.



LES ADHÉRENTS DE LMA

La Médiation de l'Assurance regroupe différents métiers de l'assurance. En 2021, 335 adhérents représentant plus de 12 000 professionnels de l'assurance – entreprises d'assurance, courtiers, gestionnaires de patrimoine, agents généraux – ont confié leur médiation à LMA :

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

FRANCE ASSUREURS
FAIRE AVANCER LA SOCIÉTÉ EN CONFIANCE

anacofi association nationale des conseils financiers assurances

agéa agent général d'assurance

PLANETE CSCA

LES PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS

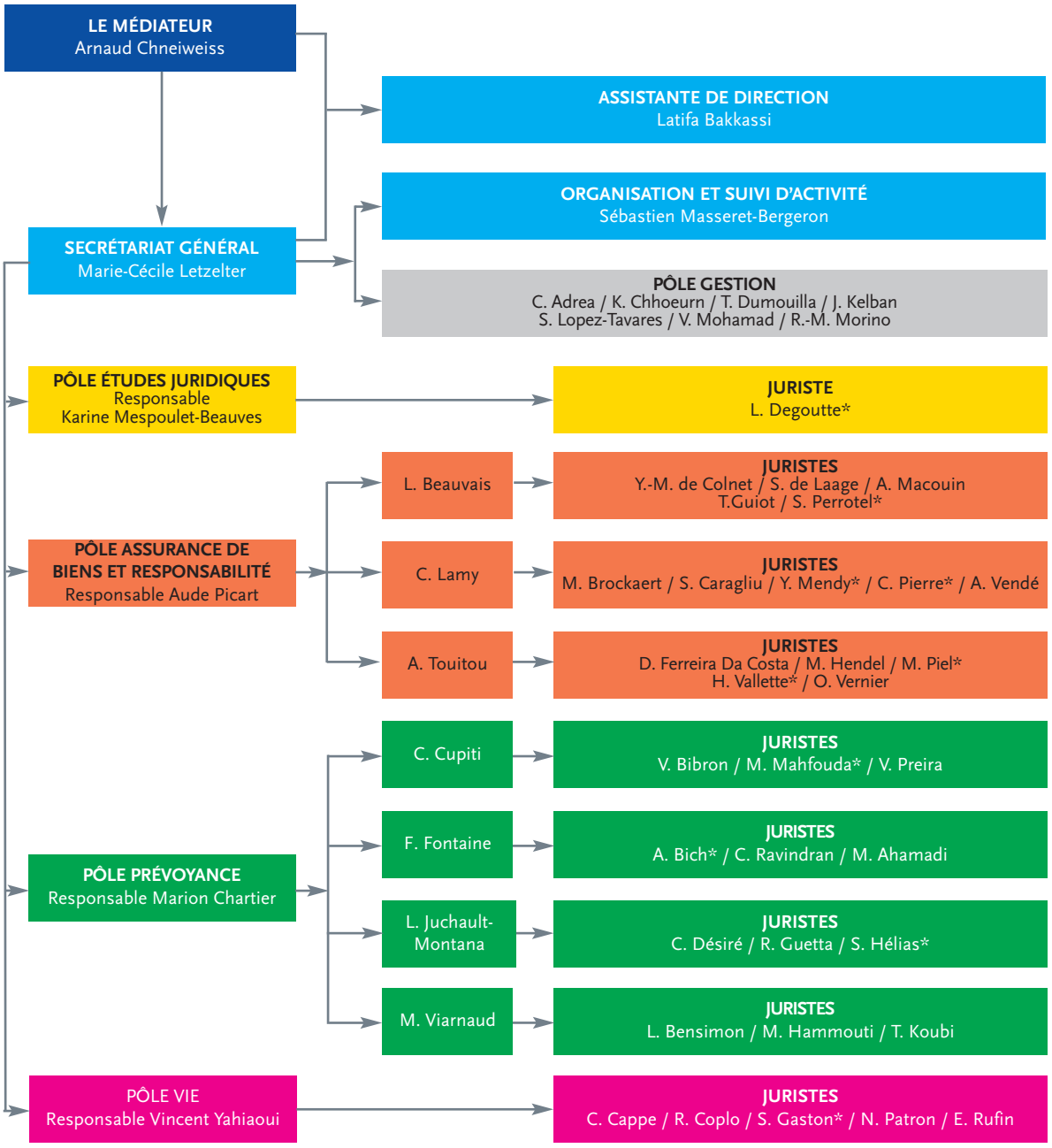
Les professionnels les plus représentés dans les saisines reçues par LMA sont les principaux contributeurs. Ainsi, quinze assureurs financent 77 % du budget :

GROUPE OU SOCIÉTÉ D'ASSURANCE	% 2020	% 2021
COVEA	9,5%	9,5%
AXA	10,1%	9,4%
GROUPAMA	7,2%	7,3%
CNP ASSURANCES	7,9%	6,9%
GENERALI	4,9%	6,7%
MACIF	5,3%	6,0%
ALLIANZ	4,1%	4,8%
CRÉDIT AGRICOLE	4,0%	4,3%
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	5,1%	3,8%
BNP PARIBAS	5,6%	3,7%
MAIF	3,5%	3,3%
CRÉDIT MUTUEL	3,4%	3,1%
ABEILLE ASSURANCES*	2,1%	3,0%
SWISS LIFE	3,0%	2,7%
BPCE	1,9%	2,6%

(*) Abeille Assurances est le nouveau nom d'Aviva, qui a rejoint le Groupe Aéma depuis le 30 septembre 2021. Le nouveau Groupe Aéma, qui comprend notamment la Macif et Abeille Assurances parmi les adhérents de LMA, représente donc 9 % des saisines de LMA à fin 2021.

55 PERSONNES DÉDIÉES À LA RÉSOLUTION DES LITIGES

Le Médiateur est entouré d'une équipe de plus de 50 personnes qui participent au traitement administratif des saisines et à l'élaboration des propositions de solution exprimées.



(*) juriste confirmé

Organigramme de La Médiation de l'Assurance au 1er juin 2022

DALLOZ
Papier & numérique
CODE DE LA CONSOMMATION
Annoté & commenté
DALLOZ
CODE CIVIL
DALLOZ
CODE DES ASSURANCES
CODE DE LA MUTUALITÉ

FOCUS

LE RÉCHAUFFEMENT CLIMATIQUE PROVOQUE UNE HAUSSE DU NOMBRE DE SINISTRES CAUSÉS PAR LA SÉCHERESSE

En 2021, 22 000 sinistres sécheresse ont été recensés. Toutes les études, y compris celles de France Assureurs, montre que ce risque est croissant(1). Cette multiplication des sinistres engendre une forte hausse des saisines de La Médiation de l'Assurance dans cette matière.

En 2021, les saisines de LMA liées aux catastrophes naturelles et événements climatiques ont augmenté de 70 %. D'une façon générale, ces litiges pèsent désormais pour 10 % des saisines en assurance dommages, contre 6 % en 2019.
Quelles sont les principales réclamations des assurés dans ce domaine ? Le régime d'indemnisation des catastrophes naturelles est un régime légal très encadré en matière assurantielle.

L'article L.125-1 alinéa 1 du Code des assurances précise tout d'abord les contrats d'assurance ouvrant droit au bénéfice de la garantie catastrophes naturelles. Il s'agit des « *contrats d'assurance, souscrits par toute personne physique ou morale autre que l'État et garantissant les dommages d'incendie ou tous autres dommages à des biens situés en France, ainsi que les dommages aux corps de véhicules terrestres à moteur* ». Puis, il définit, dans ses alinéas 3 et 4, ce qu'il faut entendre par « catastrophes naturelles » : « *Sont considérés comme les effets des catastrophes naturelles, au sens du présent chapitre, les dommages matériels directs non assurables ayant eu pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel, lorsque les mesures habituelles à prendre pour prévenir ces dommages n'ont pu empêcher leur survenance ou n'ont pu être prises.* [...] *L'état de catastrophe naturelle est constaté par arrêté interministériel qui détermine les zones et les périodes où s'est située la catastrophe ainsi que la nature des dommages résultant de celle-ci couverts par la garantie* ».

Si la garantie catastrophes naturelles est bien prévue au contrat, alors l'assuré pourra voir son sinistre pris en charge par l'assureur, s'il remplit certaines conditions. Ainsi, sont indemnisables :

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

En règle générale, lorsque l'assuré déclare un tel sinistre, l'assureur entame des vérifications pour savoir si un arrêté de catastrophe naturelle a été publié. Le cas échéant, il missionne un expert afin qu'il détermine l'origine des dommages et évalue le montant des dégâts. À l'issue de cette procédure, l'entreprise d'assurance se positionne sur la garantie.

L'ABSENCE D'ARRÊTÉ DE CATASTROPHE NATURELLE

Comme l'impose la loi, lorsqu'un désordre est constaté sur un bâtiment d'habitation, il est nécessaire que la commune concernée soit reconnue en état de catastrophe naturelle, sur la période d'apparition des dommages, par arrêté interministériel publié au Journal Officiel de la République Française.

En l'absence de cet arrêté, si une fissure apparaît sur un logement, aucune indemnisation ne pourra être versée au titre de la garantie catastrophes naturelles du contrat d'assurance.

(1) Cf. notamment : Les assureurs face au défi climatique, étude de José Bardaji et Arnaud Chneiweiss, Fondapol, août 2020 ;
et L'assurance, témoin privilégié du réchauffement climatique, José Bardaji et Arnaud Chneiweiss; Revue Risques, n° 130, juin 2022.

Nombre de dossiers entrent en médiation sur ce point, car les assurés ne comprennent pas pourquoi un épisode climatique d'intensité inhabituelle, ayant causé des dommages, n'est pas indemnisé. Or, en application de la loi, le Médiateur ne peut que confirmer l'absence de prise en charge de ces sinistres par l'assureur, si aucun arrêté n'a été pris.

LES CONTESTATIONS D'EXPERTISE

Dans la majorité des situations, un arrêté de catastrophe naturelle a bien été publié. Néanmoins, les déclarations et surtout le rapport d'expertise font ressortir que les dommages ne sont pas survenus pendant la période de l'arrêté (épisode de sécheresse antérieur) ou que la sécheresse elle-même n'est pas la cause déterminante du sinistre. Si l'assuré est en désaccord avec les analyses expertales, il lui appartient alors de mettre en place une contre-expertise, à ses frais.

A) Des dommages intervenus en dehors de la période visée par l'arrêté de catastrophe naturelle

L'arrêté de catastrophe naturelle détermine, de façon précise, la période durant laquelle l'agent naturel d'une intensité anormale a pu causer des dommages. Les désordres constatés doivent donc nécessairement être apparus dans cette période.

Par exemple, prenons le cas d'un arrêté de catastrophe naturelle pour des mouvements de terrain différentiels consécutifs à la sécheresse et à la réhydratation des sols pour la période du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018. Si l'assuré déclare des dommages apparus avant le 1er janvier ou après le 31 décembre 2018, la sécheresse ne pourra pas être considérée comme étant à l'origine des désordres invoqués. Il sera donc estimé que les conditions de mise en œuvre de la garantie ne sont pas réunies. Dès lors, l'assureur sera fondé à ne pas prendre en charge le sinistre.

B) La notion de cause déterminante des désordres

La sécheresse doit être la cause déterminante des dommages matériels et être directement liée à ces derniers.
Toutefois, l'article L.125-1 du Code des assurances n'exige pas que l'agent naturel constitue la cause exclusive des dommages (Cass., 2ème Civ., 29 mars 2018, n° 17-15.017). Cependant, il faut qu'il en soit la cause déterminante. Or, la cause déterminante suppose qu'en l'absence de survenance de la catastrophe naturelle, les autres facteurs recensés (défaut de conception de la construction) n'auraient pas entraîné les dommages (Cass., 2ème Civ., 4 nov. 2010, n° 09-71.677).

La sécheresse peut donc être un facteur aggravant, sans être une cause déterminante si, en son absence, le sinistre se serait tout de même réalisé. En pratique, il peut ressortir de l'expertise réalisée que les fissures ou désordres sont consécutifs à un vice de construction ou à une autre cause que la sécheresse est venue aggraver. Dans ce cas, il ne saurait être retenu que la catastrophe naturelle est la cause déterminante du sinistre.

C) Le chiffrage et le montant de l'indemnité accordée en cas de pluralité de causes

L'expert missionné par l'assureur évalue les dommages causés par la sécheresse dans son rapport. Dans certaines situations, il constate divers dégâts dont certains sont imputables à la catastrophe naturelle et d'autres distincts. Il convient de différencier les deux causes, seuls les dégâts occasionnés par la première étant alors indemnisables au titre de la garantie catastrophes naturelles.

Il arrive également que l'expert retienne un chiffrage des dégâts liés à la sécheresse, qui diffère du ou des devis transmis par l'assuré ; ou encore qu'il applique un taux de vétusté qui ne convient pas au réclamant.
L'assureur s'appuiera sur les conclusions de son expert pour proposer une indemnisation à l'assuré, car l'expert est seul en capacité d'évaluer la pertinence des devis transmis par l'assuré (technique de reconstruction envisagée, coûts associés à ces techniques, etc.).

Il convient de préciser que le Médiateur est tenu par les conclusions factuelles des experts. Il rendra son avis en tenant compte du contenu du rapport de l'expert de l'assureur, si ces conclusions ne sont pas contestées par l'assuré par le biais d'une contre-expertise.

D) La présence de deux rapports d'expertise divergents

La Médiation de l'Assurance a pour mission de régler les litiges à l'amiable entre assureur et assuré, concernant l'application et l'interprétation du contrat d'assurance souscrit. Elle n'a donc pas compétence pour départager plusieurs experts.

En cas de désaccord entre les parties et les experts missionnés, il convient donc de mettre en place une tierce-expertise à frais partagés (voire une expertise judiciaire si le désaccord persiste).

Cette situation intervient lorsqu'un assureur missionne un expert qui constate que la sécheresse n'est pas à l'origine du sinistre, et que l'expert missionné par l'assuré dans le cadre d'une contre-expertise infirme ces conclusions et considère que la sécheresse est bien la cause déterminante des désordres.

Il est alors nécessaire de faire intervenir un troisième expert, qui départagera les deux premiers. En l'absence de mise en place d'une telle procédure, le Médiateur ne pourra pas se positionner définitivement sur la mobilisation de la garantie.

LES DIFFÉRENDS RELATIFS À LA GESTION DU SINISTRE PAR L'ASSUREUR

A) Le retard d'indemnisation

L'article L.125-2 du Code des assurances, en son alinéa 4, énonce que « *Les indemnisations résultant de cette garantie doivent être attribuées aux assurés dans un délai de trois mois à compter de la date de remise de l'état*

estimatif des biens endommagés ou des pertes subies, sans préjudice de dispositions contractuelles plus favorables, ou de la date de publication, lorsque celle-ci est postérieure, de la décision administrative constatant l'état de catastrophe naturelle ».

L'assureur qui ne respecterait pas ce délai s'expose, selon l'article 1231-6 alinéa 1 du Code civil, à verser des intérêts moratoires (au taux de l'intérêt légal) à l'assuré en raison du retard dans l'exécution de son obligation de paiement. Si l'assuré souffre d'un préjudice indépendant du retard (par exemple une aggravation des désordres en raison du caractère tardif du versement de l'indemnisation permettant les réparations), il pourra également prétendre au versement de dommages et intérêts en sus des intérêts moratoires (article 1231-6 alinéa 3).

B) L'application de la franchise

L'annexe 1 à l'article A.125-1 du Code des assurances prévoit : « *d) Franchise : Nonobstant toute disposition contraire, l'assuré conserve à sa charge une partie de l'indemnité due après sinistre. Il s'interdit de contracter une assurance pour la portion du risque constituée par la franchise.* (...) *Pour les biens à usage d'habitation et les autres biens à usage non professionnel, le montant de la franchise est fixé à 380 euros, sauf en ce qui concerne les dommages imputables aux mouvements de terrain différentiels consécutifs à la sécheresse et/ou à la réhydratation des sols, pour lesquels le montant de la franchise est fixé à 1 520 euros* ».

Ainsi, en matière de sécheresse, c'est la franchise légale de 1 520 euros qui s'appliquera, d'office (sous réserve bien sûr de modification éventuelle de l'article susvisé), et ce quelle que soit la franchise contractuelle stipulée au contrat au titre de la garantie catastrophes naturelles.

***

Devant l'augmentation de ces saisines, les assureurs envisagent des actions pour la prévention et la protection des risques assurés face aux aléas naturels. Il s'agit notamment d'une prise en charge des dépenses d'amélioration de la prévention du bâti par le Fonds de Prévention des Risques Naturels Majeurs (aussi appelé Fonds Barnier). Il s'agit également de promouvoir les référentiels de résilience du bâti exposé aux aléas climatiques ou de sensibiliser les professionnels sur les pratiques à adopter pour concevoir des ouvrages plus résistants. De plus, les assureurs proposent d'encourager la réparation plutôt que le remplacement des biens endommagés. Enfin, le 13 octobre a lieu la journée internationale de prévention des catastrophes naturelles qu'il serait important de valoriser davantage.

Étude réalisée par Séverine Caragliu

LA RÉDACTION DU CONTRAT NE DOIT PAS CRÉER UN DÉSÉQUILIBRE SIGNIFICATIF AU DÉTRIMENT DE L'ASSURÉ

Le contrat d'assurance repose sur le principe de la liberté contractuelle. Cependant, cette dernière est encadrée par le Code de la consommation. L'assureur, en sa qualité de professionnel rédacteur de la police d'assurance, doit veiller à proposer des clauses contractuelles qui ne créent pas de déséquilibre significatif entre l'assuré et l'assureur.

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

Ainsi, dans une volonté de protéger le consommateur, le Conseil d'État a, par décret, déterminé que certaines clauses étaient irréfragablement abusives ou présumées comme telles. Celles-ci sont retranscrites au sein des articles R.212-1 et R.212-2 du Code de la consommation.

Une clause d'un contrat d'assurance (par exemple une clause d'exclusion de la garantie) peut ainsi être reconnue comme abusive au sens du Code de la consommation. En revanche, l'appréciation du caractère abusif de la clause ne peut porter ni sur la définition de l'objet principal du contrat, c'est-à-dire sur la définition de la garantie, ni sur le prix, à condition que les clauses soient claires et compréhensibles.

LES DIFFÉRENTS TYPES DE CLAUSES ABUSIVES SUR LESQUELLES S'EST PRONONCÉ RÉCEMMENT LE MÉDIATEUR :

Des clauses discrétionnaires insérées au contrat par l'assureur

Le Médiateur a déjà estimé abusive une clause insérée dans un contrat d'assurance dépendance ayant pour effet de reporter le versement de la garantie – normalement due à compter de la réalisation du risque – à une date ultérieure déterminée à la seule discrétion de l'assureur, lorsque ce dernier estimerait que « *le dossier est complet* » sans que l'assuré puisse savoir en quoi consiste cette notion. Il en a été de même pour une clause laissant le pouvoir à l'assureur de modifier unilatéralement le montant de la prime sans l'accord préalable de l'assuré(1).

Des clauses inversant la charge de la preuve ou en réduisant les moyens pour l'assuré

En outre, le Médiateur se prononce régulièrement sur le caractère abusif de certaines clauses en matière de preuve.
Ainsi, il a retenu qu'une clause d'exclusion dont la preuve incombait à l'assuré, lorsqu'il s'agit d'un consommateur, conférait un avantage considérable à l'assureur puisqu'un renversement de la charge de la preuve était opéré à son profit.

Une clause qui limitait les moyens de preuve à la disposition de l'assuré pour bénéficier de la garantie, a également été retenue comme abusive

(1) Rapport d'activité 2020 de la Médiation de l'Assurance, p.26.

par le Médiateur. La clause définissait notamment l'effraction de la façon suivante : « *l'effraction est constatée par des traces mécaniques ou électroniques matérialisant la tentative d'accès au véhicule et permettant la conduite de celui-ci. La preuve de l'effraction doit être rapportée uniquement par des traces mécaniques ou électroniques* ». Les Tribunaux s'étaient déjà prononcés en ce sens, en considérant qu'« *au motif de définir l'effraction* [...] *l'assureur limite à des indices prédéterminés la preuve du sinistre alors qu'en application de l'article 1315 du Code civil (dans sa codification antérieure du 1er octobre 2016 applicable au litige et codifié depuis sous le n°1353) cette preuve est libre et outre son caractère restrictif, ce mode de preuve* [...] *contrevient aux dispositions de l'article R.132-2 du Code de la consommation* »(2).

Une clause limitant arbitrairement la période de garantie

Dans un tout autre registre, a été considérée abusive une clause insérée dans un contrat d'assurance protection juridique, rédigée ainsi : « *les prestations en cas de litige vous sont acquises si les conditions suivantes sont réunies : Vous devez nous déclarer votre litige pendant la période de validité de la présente garantie* ». L'assureur se trouvait ici dégagé de son obligation de garantie, si l'assuré déclarait son litige postérieurement à la résiliation de son contrat, alors même que le litige remontait bien à la période de couverture des risques.

Des clauses considérées comme abusives au regard des circonstances de l'espèce

Le Médiateur a également pu constater qu'une clause, qui à première vue n'apparaissait pas comme abusive, pouvait créer un déséquilibre significatif entre les parties au contrat par son application aux faits d'espèce.

Tel a été le cas d'une clause d'un contrat d'assurance emprunteur stipulant : « *le remboursement anticipé total [du prêt] ne donne lieu à aucun remboursement de primes* ».

À la lecture de cette clause, les primes versées lorsque le prêt était en cours d'exécution demeuraient acquises à l'assureur. La clause n'apparaissait pas comme abusive puisque les garanties du contrat pouvaient être mises en œuvre à cette époque. Restituer les primes versées revenait à ne pas reconnaître le risque pris par l'assureur au cours du prêt.

En revanche, l'assureur s'est fondé sur cette même clause pour refuser de restituer les primes versées postérieurement au remboursement anticipé du prêt. Or, à compter de ce remboursement l'assureur n'est plus tenu de prendre en charge les échéances du prêt. La clause, en ce qu'elle permet à l'assureur de conserver les primes versées pour une période au titre de

(2) TGI de Paris 5ème Chambre 2ème section, 5 janvier 2017, RG n° 15/06093.

laquelle aucune prestation ne peut être due à l'assuré, revêt alors un caractère abusif.

Dans le même sens, au regard du cas d'espèce, une clause pénale d'un contrat d'assurance automobile a été invalidée par le Médiateur.

En principe, l'insertion d'une clause pénale dans un contrat d'adhésion, tel que le contrat d'assurance, n'est pas prohibée. Cette clause doit en revanche respecter les dispositions de l'article 1171 du Code civil.

En l'espèce, le contrat d'assurance prévoyait, au titre de la garantie Dommages Accidentels, l'application d'une franchise de 300 euros. Celle-ci était majorée d'une pénalité complémentaire, d'un montant de 3 000 euros, en cas de conduite du véhicule assuré par un conducteur non désigné au contrat, et disposant d'un permis de moins de cinq ans. Cette pénalité complémentaire s'appliquait ici.

Or, l'assuré était dans une situation financière précaire compte tenu de son état d'invalidité et indiquait avoir acquis son véhicule pour un montant de 1 400 euros. En outre, la valeur de remplacement du véhicule avait été évaluée à 600 euros par l'expert à la suite du sinistre. L'assureur, auquel le sinistre avait été déclaré par l'assuré, a donc fait application de cette clause pénale ce qui a conduit l'assuré à devoir une somme de 2 400 euros à l'assureur.

Dès lors, au regard de l'importance du montant de la clause pénale, en comparaison de la faible valeur du véhicule et de la situation particulière de l'assuré le Médiateur a retenu que cette clause pénale avait pour effet de créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties.

SI LA CLAUSE EST CONSIDÉRÉE ABUSIVE, QUELLE SANCTION POUR L'ASSUREUR ?

Par application de l'article L.241-1 du Code de la consommation – disposition d'ordre public – ces clauses abusives sont réputées non écrites. Cette sanction n'entraîne toutefois pas la nullité du contrat d'assurance, dans la mesure où ce dernier peut subsister sans la clause censurée.

* * *

Le Médiateur s'emploie à relever d'office les clauses abusives de façon à améliorer la qualité des contrats d'assurance proposés par les assureurs aux consommateurs. Le sujet reste malheureusement récurrent au sein des dossiers examinés par la Médiation de l'Assurance. Davantage d'efforts doivent être déployés pour que ces clauses n'aient plus leur place au sein des contrats d'assurance.

Étude réalisée par Sixtine de Laage et Angélina Bich

5

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

LA RELATION CONTRACTUELLE

DELL

DEVOIR DE CONSEIL

Étude réalisée par Séverine Caragliu

LE MANQUEMENT AU DEVOIR DE CONSEIL D'UN INTERMÉDIAIRE PEUT PESER SUR L'ASSUREUR

L'intermédiaire d'assurance doit précisément s'informer sur les risques encourus par le candidat à l'assurance pour lui proposer des garanties en adéquation avec sa situation. À défaut, s'il est mandataire de l'assureur, c'est ce dernier qui supportera le manquement à son obligation de conseil en cas de litige.

Avant la souscription de tout contrat, l'intermédiaire en assurance doit recueillir les exigences et les besoins de l'assuré concernant son risque, de façon à lui faire souscrire un contrat cohérent avec sa situation.

Le poney d'une assurée s'est échappé et a endommagé le véhicule d'un tiers et la clôture du voisin. L'assurée a alors voulu mobiliser la garantie responsabilité civile de son contrat d'assurance habitation.

L'assureur a refusé toute prise en charge, au motif que la garantie « Responsabilité civile » souscrite ne couvrait pas les dommages causés par les équidés. Seule la garantie « Responsabilité civile Plus », non souscrite, l'aurait permis.

L'assurée a soulevé un défaut de conseil, lors de la souscription de son contrat, de la part du conseiller bancaire agissant en qualité de courtier en assurance, mandataire de l'assureur. Celui-ci savait en effet qu'elle possédait un poney. L'assureur a maintenu son refus. En effet, la présence de chevaux avait été évoquée dans un cadre professionnel. Or, le contrat souscrit ne garantissait qu'un usage privé des équidés et n'avait donc pas vocation à s'appliquer. Ainsi, selon l'assureur, il n'y avait pas eu de défaut de conseil.

L'assurée a cependant précisé que même si son époux était cavalier de profession, cela ne conditionnait pas la détention de chevaux à un usage uniquement professionnel.

L'article L.521-4 du Code des assurances met à la charge de ceux qui présentent un contrat d'assurance, notamment les intermédiaires d'assurance, l'obligation de fournir au souscripteur « *des informations objectives sur le produit d'assurance proposé sous une forme compréhensible, exacte et non trompeuse afin de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause* ». La jurisprudence précise que le courtier en assurance doit être un guide sûr et expérimenté pour son client(1). Il doit s'assurer que le contrat conseillé est conforme à ses besoins et exigences.

(1) Cass. 1ère Civ., 10 novembre 1964, n° 62-13.411.

En l'occurrence, il n'était pas contesté par les parties que la possession d'équidés avait été évoquée lors de la souscription. L'intermédiaire aurait donc dû s'assurer que le contrat proposé était en adéquation avec la situation et les besoins du candidat à l'assurance.

Étant donné la situation de l'assurée, le courtier en assurance a manqué à son obligation de conseil en proposant la souscription d'un contrat ne couvrant pas les dommages causés par les équidés. Cela a entraîné ensuite pour l'assurée un préjudice de perte de chance de bénéficier d'une couverture adéquate.

Selon la Cour de cassation, si l'intermédiaire d'assurance a la qualité de mandataire de l'assureur, c'est ce dernier qui supporte les fautes commises par celui-ci, avec toutes ses conséquences. Ainsi, par décision du 8 juillet 1986, un assureur s'est vu contraint, sur le fondement de l'article L.511-1 du Code des assurances, d'assumer, en tant que représentant civilement responsable de son mandataire la charge d'un sinistre qui ne correspondait à aucune stipulation contractuelle(2).

L'assureur ayant confié une délégation de souscription à l'intermédiaire concerné, il a été invité à prendre en charge le sinistre déclaré. ●

Si un intermédiaire ne respecte pas son devoir de conseil, il peut par sa faute engager la responsabilité de l'entreprise d'assurance s'il en est mandataire, et la contraindre ainsi à prendre en charge le préjudice subi par l'assuré.

(2) Cass. 1ère Civ., 8 juillet 1986, n° 85-10.089.

DEVOIR DE CONSEIL

Étude réalisée par Kelly Leitao

LE CONTRAT DOIT ÊTRE ADAPTÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'ASSURÉ

Il incombe à l'assureur de conseiller son client et de lui proposer le contrat le plus adapté à son profil et à ses attentes, qu'il soit un particulier ou un professionnel.

Certaines activités professionnelles nécessitent la souscription d'un contrat spécifique adapté aux particularités de l'activité.

Un chauffeur de taxi a souscrit un contrat d'assurance multirisque professionnelle afin de couvrir son activité professionnelle. Par la suite, en raison de la pandémie de Covid-19 et du confinement imposé par le gouvernement français, l'assuré a subi une baisse de son chiffre d'affaires. Il a donc sollicité la mobilisation de la garantie pertes d'exploitation de son contrat.

Cette garantie est présentée dans ce dernier comme une garantie accessoire, qui ne peut être délivrée qu'à la suite, entre autres, d'une impossibilité matérielle d'accéder aux locaux assurés en raison d'un sinistre garanti (comme un incendie ou une catastrophe naturelle).

L'assureur a refusé de prendre en charge la perte d'exploitation au motif qu'il n'existait pas, pour l'assuré, d'impossibilité d'accéder au local assuré, c'est-à-dire au bâtiment déclaré dans les conditions particulières. Pour contester cette position, l'assuré a fait valoir que ses véhicules constituaient ses locaux professionnels puisqu'il y exerçait son activité.

Dans la proposition de solution exprimée, il a été rappelé que les conditions de la garantie n'étaient effectivement pas remplies, l'assuré n'étant pas dans l'impossibilité de se rendre dans ses locaux professionnels tels que définis au contrat.

Toutefois, compte tenu de la nature de l'activité professionnelle de l'assuré, s'est posée la question de savoir si le contrat était bien adapté à ses besoins.

L'exercice de l'activité de ce professionnel se déroule essentiellement dans les véhicules, de sorte que

l'éventualité de la mobilisation de la garantie pertes d'exploitation pour un sinistre atteignant le local professionnel déclaré était de fait très limitée.

Il aurait donc été plus adapté que l'assureur propose un contrat comportant une option garantie pertes d'exploitation consécutives aux sinistres affectant les véhicules.

En tout état de cause, lors de la souscription du contrat, l'attention de l'assuré aurait dû être attirée sur le faible intérêt que représentait pour lui, compte tenu de la nature de son activité, cette garantie pertes d'exploitation consécutive aux sinistres touchant son local professionnel.

Il existait donc un manquement au devoir de conseil de l'assureur lors de la conclusion du contrat d'assurance, ayant pour conséquence la perte d'une chance d'avoir pu souscrire un contrat réellement adapté à l'activité professionnelle de l'assuré.

Cela étant, il n'est pas établi que les conditions de la garantie auraient pour autant été réunies. En effet, la perte d'exploitation est souvent une garantie accessoire dépendant d'autres conditions et les situations épidémiques peuvent également faire l'objet d'exclusions de garantie.

Pour cette raison, il a été estimé que la perte de chance d'avoir pu souscrire un contrat garantissant les pertes d'exploitation consécutives à l'épidémie de Covid-19 ne saurait dépasser 15 % de la perte d'exploitation résultant de l'arrêt de l'activité professionnelle de l'assuré. ●

Le conseil de l'assureur ne doit pas être donné au regard d'une situation standard mais implique nécessairement d'être personnalisé, adapté au risque à assurer.

DÉCLARATION DU RISQUE

Étude réalisée par Tiphaine Guiot

NON-CONFORMITÉ DU RISQUE EN ASSURANCE HABITATION : LE DÉCOMPTE DES PIÈCES

Lors de la souscription d'un contrat d'assurance habitation, l'assuré doit préciser le nombre de pièces principales de son logement. Fréquemment, l'assureur s'aperçoit d'une non-conformité du risque au cours de l'exécution du contrat, le plus souvent à l'occasion d'un sinistre.

En cas d'erreur de déclaration du nombre de pièces principales du bien à assurer en raison des modalités de décompte prévues au contrat, l'assureur ne peut opposer une fausse déclaration du risque que s'il prouve qu'il a posé, lors de la souscription du contrat, une question précise visant et explicitant la notion de « *pièce principale* ».

L'assureur peut apporter la preuve qu'il a bien explicité cette notion par l'insertion d'une définition dans les conditions particulières du contrat ou par la mention expresse d'un renvoi aux conditions générales comprenant cette définition.

Un assureur, au moment de la souscription d'un contrat d'assurance habitation, avait interrogé l'assuré sur le nombre de pièces principales du bien à assurer.

La notion de « pièce principale » était définie dans les conditions générales du contrat comme : « *Toute pièce à usage d'habitation d'une surface supérieure à 8 m² à l'exception des entrées, couloir, palier, cuisine, salle d'eau, cabinet de toilette, WC, débarras, office et des dépendances (...) Toute pièce d'une surface supérieure à 40 m² est comptée pour autant de pièces qu'il existe de tranches ou fractions de tranches de 40 m²* ».

À l'occasion d'un sinistre, l'assureur s'est aperçu que l'assuré avait commis une erreur s'agissant du nombre de pièces principales de son habitation. Celle-ci comportait une pièce d'une surface supérieure à 40 m² devant être comptée comme deux pièces, conformément aux dispositions contractuelles.

L'assureur a donc opposé à son assuré une fausse déclaration non intentionnelle du risque et appliqué la règle proportionnelle prévue par l'article L.113-9 du Code des assurances, réduisant ainsi l'indemnité accordée à l'assuré.

L'assuré doit être vigilant quant aux déclarations qu'il effectue lors de la souscription de son contrat d'assurance. En effet, en cas d'omission ou de déclaration inexacte du risque, il pourra voir sa garantie réduite, voire parfois supprimée, conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.

Selon la jurisprudence la plus récente de la Cour de cassation, la fausse déclaration ne peut toutefois être sanctionnée qu'à la condition que l'assureur ait posé une question précise, à laquelle l'assuré a répondu de manière erronée(1).

Or, les dispositions contractuelles n'ayant pas été remises lors de la déclaration du risque, l'assuré ne pouvait prévoir qu'une pièce de son habitation devait compter comme deux pièces en l'absence de définition contractuelle de « *pièce principale* » lorsque les questions relatives au risque à garantir lui ont été posées.

Pour être fondé à se prévaloir d'une fausse déclaration du risque, l'assureur devait donc démontrer qu'une question précise, visant et définissant la notion spécifique de « *pièce principale* », avait bien été posée à l'assuré au moment de la souscription du contrat.

Constatant que cette preuve n'était pas rapportée, le Médiateur a invité l'assureur à indemniser intégralement l'assuré, sans application de la règle proportionnelle. ●

(1) Cass. 2ème Civ., 17 novembre 2016, n° 15-24.819 ; Cass. 2ème Civ., 29 juin 2017, n° 16-18.975.

Étude réalisée par Magalie Brockaert

DÉCLARATION DU RISQUE

LES CHANGEMENTS DE RISQUE EN COURS DE CONTRAT DOIVENT ÊTRE DÉCLARÉS

Lorsque la situation de l'assuré change en cours de contrat, il est dans son intérêt de le signaler à l'assureur si cela diminue son risque. Lorsqu'un tel changement génère une aggravation du risque assuré, il s'agit d'une obligation.

Un assuré a souscrit deux contrats d'assurance automobile précisant un lieu ainsi qu'un mode de stationnement.
En cours de contrat, l'assuré a informé son agence bancaire, appartenant au même groupement que son assureur, de son changement d'adresse.

Quelques années plus tard, lors d'une simulation d'assurance, l'assuré s'est aperçu d'une erreur sur le lieu et le mode de stationnement de ses véhicules. En effet, il était indiqué dans ses différents contrats d'assurance que les véhicules stationnaient « *sur la voie publique* », plutôt que « *dans un garage, un box privatif ou un parking souterrain collectif* ». Un avenant rectificatif a alors été réalisé par l'assureur faisant état d'une prime moindre.

À réception de l'avenant, l'assuré a sollicité le remboursement rétroactif du trop-perçu de cotisations versées depuis la date de son changement d'adresse.

L'assureur a procédé au remboursement rétroactif d'une partie de la prime tenant ainsi compte du lieu de stationnement erroné, mais a toutefois refusé de rembourser la partie de la prime afférente au mode de stationnement.

L'article L.113-2 du Code des assurances impose à l'assuré de déclarer en cours de contrat, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui conduiraient à aggraver le risque assuré ou à créer des risques nouveaux.

Cet article ne prévoit toutefois pas d'obligation pour l'assuré de déclarer les circonstances nouvelles conduisant à réduire son risque, même s'il est dans son intérêt de le faire afin de pouvoir bénéficier d'une diminution de sa prime (article L.113-4 du Code des assurances).

En l'occurrence, l'assureur avait bien été informé par l'agence bancaire du changement d'adresse de l'assuré, mais aucun élément communiqué ne lui permettait de déterminer que le mode de stationnement était erroné.
En revanche, l'assuré était en possession de ses avis annuels d'échéance de prime mentionnant que les véhicules étaient stationnés sur la voie publique. Ainsi, l'erreur sur le mode de stationnement avait été portée à sa connaissance et il ne l'avait pas rectifiée en cours de contrat.

L'assureur n'était donc pas tenu de procéder au remboursement rétroactif de la partie de prime correspondant au mode de stationnement. ●

Les assurés doivent vérifier, à l'occasion de la réception de leur avis annuel d'échéance de prime, la concordance de leur risque actuel avec le risque assuré décrit dans l'avis.

En cas de nouvelle circonstance de nature à modifier le risque assuré, les assurés doivent en informer leur assureur pour que le contrat d'assurance soit mis en conformité.

La modification du risque en cours de contrat peut avoir pour conséquence une adaptation de la prime due par l'assuré.

DÉCLARATION DE SINISTRE

Étude réalisée par Yonathan Lacombe

LA DÉCLARATION DE SINISTRE DOIT ÊTRE SINCÈRE

Une fausse déclaration intentionnelle effectuée à la suite d'un sinistre, aussi minime soit-elle, peut priver l'assuré de la prise en charge de ses dommages.

Toute fausse déclaration intentionnelle lors d'un sinistre, même si elle ne porte que sur un « détail », peut entraîner la perte de tout droit à indemnité si la déchéance est prévue par le contrat.

La déchéance de garantie est une sanction conventionnelle qui ne peut être mise en œuvre qu'en cas de fausse déclaration effectuée sciemment par l'assuré. La charge de la preuve du caractère intentionnel de la fausse déclaration incombe à l'assureur.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile pour son véhicule. Peu de temps après, il a déclaré un accident à son assureur et lui a transmis un constat amiable dont la date avait été modifiée de manière manuscrite.

Lors de l'examen du véhicule, l'expert a constaté un niveau d'oxydation important du bas de caisse et a indiqué que le dommage déclaré était antérieur à la souscription du contrat. La date du sinistre ne pouvait donc pas correspondre à la déclaration de l'assuré.

L'assureur a alors refusé d'intervenir dans la prise en charge des dommages pour fausse déclaration sur la date de survenance de l'accident en opposant une déchéance de garantie, sanction prévue dans les conditions générales du contrat.

La déchéance de garantie est, en effet, une sanction contractuelle qui fait perdre à l'assuré son droit à garantie lorsqu'il ne respecte pas certaines de ses obligations, dont celle de déclarer le sinistre avec sincérité.

Pour pouvoir valablement l'opposer, l'assureur doit démontrer, d'une part, la présence d'une déclaration inexacte et, d'autre part, qu'elle a été commise intentionnellement par l'assuré, conformément à la jurisprudence la plus récente de la Cour de Cassation, en date du 17 janvier 2019(1).

Lorsqu'un assuré modifie de façon manuscrite des documents qu'il utilise en soutien de sa demande d'indemnisation, il ne peut ignorer que son sinistre n'a pas eu lieu à la date initialement déclarée. Le rapport d'expertise a d'ailleurs confirmé l'incohérence de date. La fausse déclaration de l'assuré ne pouvait donc avoir été faite que sciemment.

Cette modification volontaire, qui pouvait sembler porter sur une information mineure, faussait en fait les circonstances du sinistre et donc l'appréciation de l'assureur. Elle justifiait ainsi la perte de tout droit à garantie, pour fausse déclaration intentionnelle à la suite d'un sinistre.

En conséquence, l'assureur était fondé à opposer une déchéance de garantie. ●

(1) Cass. 2ème Civ., 17 janvier 2019, n° 18-11.701.

Étude réalisée par Laura Beauvais

RÉSILIATION

LA RÉGULARISATION DES PRIMES N'INDUIT PAS LA REMISE EN VIGUEUR DU CONTRAT

La résiliation du contrat d'assurance pour non-paiement des primes est une sanction légale accordée à l'assureur. Le contrat résilié est alors éteint et ne peut pas être remis en vigueur après régularisation de l'impayé par l'assuré.

Un assureur a adressé au domicile de son assuré un avis d'échéance indiquant le montant de la prime à payer avant le 1er décembre 2019 afin de garantir la période allant du 1er décembre 2019 au 30 novembre 2020. En l'absence de paiement à cette date, il lui a adressé par courrier recommandé du 23 décembre 2019, une mise en demeure de payer la prime d'assurance avant le 21 janvier 2020.

La prime n'ayant toujours pas été réglée dans les trente jours après la date d'envoi de la mise en demeure, les garanties du contrat ont été suspendues. Passé dix jours de suspension de garantie et toujours sans paiement, l'assureur a légitimement résilié le contrat d'assurance le 31 janvier 2020, dans le respect des délais légaux.

L'assuré a régularisé le paiement de sa prime d'assurance le 5 février suivant, soit après la résiliation de son contrat. Il a alors demandé à l'assureur de remettre son contrat en vigueur ou, à défaut, de lui rembourser le montant de la prime réglée.

Selon l'article L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une prime dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après une mise en demeure infructueuse de l'assuré. L'assureur a ensuite le droit de résilier le contrat, dix jours après l'expiration de ce délai de suspension de trente jours. Un contrat non résilié peut reprendre ses effets pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur la prime arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

Le contrat d'assurance étant éteint, l'assureur n'était pas tenu de le remettre en vigueur après régularisation de l'impayé, intervenue tardivement, c'est-à-dire après la résiliation du contrat. L'assureur a néanmoins accordé à son assuré un remboursement de la prime pour la période postérieure à la résiliation, ce qu'il n'avait pas l'obligation de faire.

Dans ces circonstances, le Médiateur a confirmé que l'assureur n'avait pas à remettre en vigueur le contrat et a considéré que le remboursement de la prime au *prorata* de la période assurée était satisfaisant. ●

La régularisation du paiement d'une prime doit impérativement intervenir dans les quarante jours suivant la mise en demeure. À défaut, le contrat peut être résilié par l'assureur.

Le contrat d'assurance est alors éteint et l'assureur ne peut être tenu de le remettre en vigueur même en cas de régularisation de l'impayé. L'assuré doit alors trouver un nouvel assureur pour garantir son bien.

Le contrat peut prévoir une clause d'indemnité de résiliation pour défaut de paiement des primes. Cette pénalité ne peut excéder six mois de cotisations.

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

L'APPLICATION DU CONTRAT

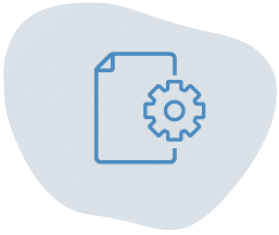
ellesse

GARANTIES APPLICABLES

Étude réalisée par Laura Beauvais

LES CONDITIONS PARTICULIÈRES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES

Les conditions générales d'un contrat précisent le contenu et les modalités de mise en œuvre des garanties mentionnées dans les conditions particulières. Qu'en est-il en cas de contradiction entre les clauses énoncées dans ces deux documents ?



Il ne faut pas confondre la « valeur à neuf », valeur d'usage à laquelle s'ajoute une vétusté, avec l'option « rééquipement à neuf », plus avantageuse, dont le montant d'indemnisation est égal à la valeur du bien neuf au moment du sinistre.

Le contrat d'assurance peut instituer une hiérarchie des documents contractuels en cas d'incompatibilité de clauses. À défaut de stipulation au contrat réglant un problème lié à des documents contractuels inconciliables, la jurisprudence fait prévaloir le document qui reflète le mieux la volonté des cocontractants, celui qui tient compte de la situation personnelle de l'assuré et est signé de sa main : les conditions particulières.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance habitation. Une surtension électrique a endommagé sa chaudière et il a sollicité auprès de son assureur la prise en charge de son sinistre.

Il a reçu une indemnité immédiate et l'assureur lui a précisé que l'indemnité différée serait versée à réception des factures acquittées prouvant la réalisation des travaux. L'assuré a contesté cette position en précisant avoir souscrit la formule « Rééquipement à neuf ».

À ce sujet, les conditions particulières indiquaient : « *La clause particulière « Rééquipement à neuf » figurant aux Conditions Générales s'applique au présent contrat* ». Celles-ci prévoyaient des modalités d'indemnisation différentes selon la nature des biens sinistrés et précisaient notamment que cette formule n'était applicable qu'au mobilier usuel. Or, les installations de chauffage étaient assimilées à un bien immobilier.

Ainsi, même si la restriction au mobilier usuel n'était pas mentionnée dans les conditions particulières, celles-ci renvoyaient directement aux modalités d'application prévues par les conditions générales et ne présentaient pas de contradiction sur ce point. Ainsi, tel que prévu contractuellement, l'indemnisation a été faite en « valeur à neuf » et versée en deux temps, l'indemnité différée ne pouvant être délivrée que sur présentation des factures acquittées.

L'assuré contestait également l'application d'une franchise contractuelle d'un montant de 148 euros.

Les conditions particulières du contrat d'assurance mentionnaient : « *Protection de vos biens sans franchise dans la limite Dommages matériels* ». Or, l'assureur retenait l'application de cette franchise en se fondant sur le tableau des montants de garantie et des franchises, document annexé aux conditions générales qui prévoyait une franchise de 0,15 FFB (indice de la Fédération Française du Bâtiment) en cas de dommages à l'appareillage électrique.

Force est de constater sur ce point une contradiction entre ces deux clauses puisque la première prévoyait une indemnisation sans franchise et que la seconde retenait une franchise d'un montant de 0,15 FFB.

À cet égard, à défaut de stipulation réglant cette difficulté, la jurisprudence prévoit que les clauses des conditions particulières d'une police d'assurance prévalent sur celles des conditions générales(1).

Cette règle est d'ailleurs reprise à l'article 1119 du Code civil dont l'alinéa 3 dispose : « *En cas de discordance entre des conditions générales et des conditions particulières, les secondes l'emportent sur les premières* ».

Dans ce cas d'espèce, seule la clause figurant dans les conditions particulières devait être appliquée, cette dernière primant sur le tableau des montants de garantie et des franchises annexé au conditions générales.

Le Médiateur a donc invité l'assureur à rembourser à son assuré le montant de la franchise retenu. ●

(1) Cass. 1ère Civ., 7 octobre 1963, n° 61-12.915.

Étude réalisée par Charline Boillot

ASSURANCE AUTOMOBILE

LA FAUTE DU CONDUCTEUR ADVERSE N'EXONÈRE PAS L'ASSURÉ DE SA PROPRE RESPONSABILITÉ

En cas d'accident de la circulation, la faute de l'assuré doit s'apprécier en elle-même, c'est-à-dire indépendamment des fautes éventuellement commises par le conducteur adverse.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile afin de garantir son véhicule.
Lors d'une manœuvre pour tourner à gauche, il a heurté un autre véhicule qui effectuait un dépassement en franchissant une ligne continue.
L'assuré a déclaré son accident auprès de son assureur, qui a retenu une responsabilité à hauteur de 50 % à son égard. Il considérait en effet que l'assuré n'avait pas fait preuve de vigilance dans la réalisation de sa manœuvre.

L'assuré a contesté cette position : selon lui, le conducteur adverse était le seul fautif dans la survenance de cet accident puisque ce dernier avait commis une faute au regard du Code de la route en franchissant une ligne continue pour le dépasser.
L'assuré a indiqué avoir actionné son clignotant avant d'effectuer sa manœuvre pour tourner à gauche, ce qui justifiait selon lui son absence de responsabilité dans la survenue de l'accident.
Selon l'article R.412-10 du Code de la route, « *Tout conducteur qui s'apprête à apporter un changement dans la direction de son véhicule ou à en ralentir l'allure doit avertir de son intention les autres usagers, notamment lorsqu'il va se porter à gauche, traverser la chaussée, ou lorsque, après un arrêt ou stationnement, il veut reprendre sa place dans le courant de la circulation* ».
De jurisprudence constante, la Cour de cassation précise par ailleurs qu'un conducteur qui s'apprête à changer de direction ne doit pas seulement avertir les autres usagers, mais également s'assurer qu'il peut effectuer sa manœuvre sans danger.
L'appréciation de la responsabilité d'un assuré dans un accident de la circulation doit se faire indépendamment du comportement du conducteur adverse.
En la matière, la loi Badinter(1), prévoit que le droit à réparation du conducteur peut être diminué, voire disparaître complètement, en fonction de la gravité de la faute qu'il a lui-même commise.
La Cour de cassation retient, de manière constante, que cette gravité s'apprécie en elle-même, c'est-à-dire indépendamment des fautes éventuellement commises par le conducteur adverse. Les juges du fond sont, en outre, souverains afin de procéder à une telle appréciation de la gravité de la faute du conducteur.
Il ne s'agit donc pas d'examiner les griefs soulevés à l'encontre du conducteur adverse, dont la responsabilité est étudiée de manière indépendante par son propre assureur.

Ainsi, le fait d'avoir actionné son clignotant avant d'effectuer sa manœuvre pour tourner n'exonère pas l'assuré de toute responsabilité. L'assuré a donc commis une faute, en effectuant un changement de direction sans s'assurer qu'il pouvait le faire sans danger. Il lui incombait, en effet, de faire preuve de vigilance dans la réalisation de cette manœuvre, afin de ne pas perturber la circulation.
La faute commise par le conducteur adverse ne suffit pas à exonérer l'assuré de toute responsabilité. ●

Dans le cadre d'un accident de la circulation, l'assureur étudie la responsabilité de son assuré au regard des fautes qu'il a lui-même commises. La faute du conducteur adverse n'exonère pas l'assuré de sa responsabilité s'il a commis lui-même des fautes.

(1) Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, article 4.

EXPERTISE

Étude réalisée par Yonathan Lacombe

LA RESPONSABILITÉ DE L'ASSUREUR DU FAIT DE L'EXPERT

L'expert est indépendant vis-à-vis de l'assureur qui n'est en théorie pas lié par ses conclusions. Il peut en être autrement, notamment en cas de mandat apparent, si l'assuré a légitimement pu croire que l'expert était le mandataire de l'assureur.

Le chiffrage de l'expert correspond à l'estimation des dommages mais peut être différent du montant de l'indemnité, celui-ci variant selon les garanties souscrites.

Le rôle de l'expert doit être clair aux yeux des assurés, au risque de voir la relation assureur-expert requalifiée en mandat apparent quand l'expert adopte un comportement pouvant laisser croire qu'il agit au nom et pour le compte de l'assureur.

L'expert n'est pas le mandataire de l'assureur et ne peut se prononcer sur la mise en œuvre de la garantie par l'assureur.

Une tempête a occasionné des dommages à la clôture d'un assuré. Son assureur a fait intervenir un expert aux fins de constater et d'évaluer les dommages. L'expert a chiffré le montant des dégâts à environ 8 000 euros et a confirmé à l'assuré qu'il pouvait procéder aux travaux de réparation de sa clôture.

Cependant, l'assureur a refusé de l'indemniser au motif que les dommages ne rentraient pas dans le cadre des garanties du contrat. En effet, les dégradations constatées ne concernaient que la clôture grillagée et les panneaux de bois. Or, la garantie tempête du contrat prenait en charge les dommages subis par les ouvrages maçonnés.

L'assuré a contesté la position de son assureur : il avait réalisé ses travaux en pensant, de bonne foi, être indemnisé par son assureur puisque l'expert avait indiqué dans son rapport d'expertise que la garantie était acquise.

L'expert a en effet répondu « *Oui* » à la question « *La garantie est-elle acquise ?* » et a indiqué « *Pas de réserve* » à la question « *Réserve sur garanties* ». Ainsi, il était légitime pour l'assuré de penser qu'il existait, de son point de vue, un mandat apparent entre l'expert et l'assureur, lui laissant croire que ce dernier avait délégué à l'expert le pouvoir de se prononcer sur la garantie.

Au regard des conditions contractuelles, la garantie n'était effectivement pas acquise et le refus d'intervenir de l'assureur était justifié. Cependant, le comportement de l'expert a été source d'incompréhension pour l'assuré.

En effet, le rôle de l'expert devrait uniquement être de constater et d'évaluer les dommages subis et non de se prononcer sur l'application du contrat d'assurance. Il revient à l'assureur, au vu des conclusions expertales, de déterminer si les garanties souscrites sont mobilisables.

Par principe, l'expert n'est pas mandataire de l'assureur. Le contrat entre l'assureur et l'expert est un contrat d'entreprise, de sorte qu'une faute de l'expert, professionnel indépendant, n'engage théoriquement que sa propre responsabilité.

Toutefois, la Cour de cassation a retenu la responsabilité de l'assureur du fait des fautes commises par l'expert dans l'hypothèse où ce dernier se comporte en mandataire de l'assureur(1).

En conséquence, l'assuré ayant légitimement cru que l'expert avait répondu pour le compte de l'assureur dans le cadre d'un mandat, le Médiateur a invité l'assureur à prendre en charge 50 % des frais engagés par l'assuré à l'occasion des travaux. ●

(1) Cass. 1ère Civ., 8 février 2000, n° 98-12.999.

Étude réalisée par Tiphaine Guiot

VOL

L'INDEMNISATION D'UN VOL SURVENU DANS DES LOCAUX OUVERTS AU PUBLIC

De nombreux contrats d'assurance garantissent le vol par introduction clandestine. Or cette notion est parfois source de litiges, en particulier lorsque le contrat souscrit par l'assuré couvre des locaux ouverts au public.

Un assuré a été victime du vol de plusieurs bouteilles de vin de grande valeur pendant les heures d'ouverture de sa boutique.

Un individu est entré dans le magasin alors que l'assuré était occupé avec un client, et a forcé la cave à vin cadenassée dans laquelle se trouvaient les bouteilles dérobées. Considérant avoir été victime d'un vol par introduction clandestine, garanti par son contrat d'assurance de dommages aux biens, l'assuré a sollicité l'indemnisation de son sinistre auprès de son assureur.

Après expertise, l'assureur a refusé de délivrer sa garantie, au motif que le vol par introduction clandestine n'était pas caractérisé. Il soutenait, en effet, que l'introduction clandestine supposait que l'auteur du vol ait pénétré dans les locaux garantis à l'insu de l'assuré. Or, selon lui, le voleur n'était pas entré à l'insu de l'assuré puisque, d'une part, le vol était survenu en présence d'un vendeur pendant les heures d'ouverture de la boutique et, d'autre part, les bouteilles de vin dérobées étaient stockées dans une cave à vin accessible à la clientèle.

L'introduction clandestine était définie au contrat comme suit : « *Introduction de personnes dans les locaux renfermant les biens et valeurs assurés à l'insu de l'assuré, d'un membre de sa famille ou d'un préposé, présent dans ces locaux* ».

Or, l'auteur du vol était entré dans la boutique en échappant à la vigilance du vendeur occupé avec un client, dans le seul but de dérober les bouteilles de vin. Il s'était donc introduit dans la boutique assurée à l'insu du préposé, présent dans les locaux. Le stockage des bouteilles de vin dérobées dans une cave à vin accessible à la clientèle ne modifiait pas les circonstances du vol.

Le vol par introduction clandestine était ainsi caractérisé. Le Médiateur a donc invité l'assureur à délivrer sa garantie dans la limite des stipulations contractuelles. ●

Un vol survenu dans des locaux commerciaux pendant les heures d'ouverture peut avoir été commis par introduction clandestine.

L'assureur doit vérifier si l'auteur du vol s'est introduit dans les locaux garantis en échappant à l'attention de l'assuré et/ou des préposés présents au moment du vol. Il ne peut refuser de prendre en charge le sinistre en opposant à l'assuré une condition de garantie supplémentaire, non prévue par le contrat.

PERTES D'EXPLOITATION

Étude réalisée par Amanda Bugeard

L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DOIT NÉCESSAIREMENT AVOIR DÉBUTÉ

Les contrats d'assurance multirisque professionnelle contiennent généralement une garantie pertes d'exploitation. Cette dernière a pour objet de prendre en charge la marge brute perdue sur le chiffre d'affaires en cas de sinistre.

L'assureur détermine les conditions dans lesquelles il délivre sa garantie. Dès lors que l'assuré en a été informé lors de la souscription du contrat, il ne peut prétendre à une indemnisation si les conditions propres à la garantie ne sont pas réunies.

La garantie pertes d'exploitation ne peut être mobilisée que si le sinistre entraîne une interruption ou réduction de l'activité professionnelle assurée. L'activité doit donc nécessairement avoir débuté avant la survenance du sinistre.

Un assuré a acheté un nouveau local professionnel. Quelques semaines plus tard, ce local est dévasté par un incendie. Le commerçant sollicite alors la mise en œuvre de la garantie pertes d'exploitation de son contrat d'assurance multirisque professionnelle.

À la lecture de la clause contractuelle, plusieurs conditions cumulatives devaient être réunies afin de permettre la mobilisation de cette garantie.

Tout d'abord, la garantie pertes d'exploitation était ici une garantie accessoire : elle ne pouvait donc être mise en œuvre qu'en cas de survenance de l'un des événements garantis par le contrat. Ensuite, cet événement devait avoir causé une atteinte à l'outil de production. Enfin, le sinistre devait avoir provoqué une interruption ou une réduction momentanée de tout ou partie de l'activité professionnelle assurée.

Les deux premières conditions étaient remplies. En effet, un incendie, événement garanti, était survenu et l'outil de production avait été détérioré, puisque le local professionnel et ses agencements intérieurs étaient entièrement détruits.

La mise en œuvre de la garantie exigeait une dernière condition : une interruption ou réduction momentanée de l'activité professionnelle provoquée par le sinistre. Cependant, l'activité professionnelle de l'assuré n'avait pas encore démarré au jour du sinistre, puisqu'elle devait débuter quelques jours plus tard.

Or, la garantie ne pouvait être mobilisée que si le sinistre avait entraîné une « *interruption ou une réduction momentanée de tout ou partie de l'activité* » professionnelle et avait vocation à intervenir pour compenser les pertes subies entre la date de l'interruption ou de la réduction d'activité et la date de reprise de cette activité. Cela suppose que l'activité ait démarré avant la survenance du sinistre.

L'objectif de cette exigence n'est pas uniquement de restreindre le champ d'application de la garantie. Elle doit aussi permettre à l'assureur de chiffrer le préjudice subi. Rappelons que cette garantie a pour objet de prendre en charge la perte de marge brute. Si l'activité n'a pas débuté, il s'avère impossible de chiffrer le montant de cette perte.

La dernière condition n'étant pas remplie, le Médiateur a considéré que la garantie pertes d'exploitation n'était pas acquise. ●

Étude réalisée par Aude Picart

PERTES D'EXPLOITATION

LES AIDES DE L'ÉTAT SONT À DÉDUIRE DE L'INDEMNISATION DES PERTES D'EXPLOITATION

Si un assuré a reçu une aide de l'État pour pallier ses pertes d'exploitation, l'assureur est justifié à la déduire lors de l'estimation du préjudice.

Un restaurateur a souscrit un contrat d'assurance multirisque professionnelle.
En raison de la pandémie de Covid-19 et du confinement imposé par le gouvernement français, il a subi une perte de chiffre d'affaires.
Il a alors bénéficié d'une indemnité par le biais du fonds de solidarité mis en place par l'État pour diminuer le préjudice financier subi par les professionnels dans le cadre de la crise sanitaire.
En parallèle, le restaurateur s'est rapproché de son assureur afin de mobiliser sa garantie pertes d'exploitation.

L'expert, missionné par l'assureur pour chiffrer le préjudice, a déduit de son évaluation les aides de l'État ainsi que les charges économisées par le professionnel, portant le solde de l'indemnité à 0 euro.
Selon les conditions générales, l'indemnité due au titre des pertes d'exploitation correspondait à la perte de marge brute, c'est-à-dire à la différence entre le chiffre d'affaires et les achats consommés.

L'hypothèse de subventions de l'État déduites de l'indemnité versée par l'assureur n'était pas expressément prévue par le contrat. Cependant, celui-ci rappelait le principe selon lequel « *L'assurance a pour objet de réparer les conséquences du sinistre subi. L'indemnisation ne peut donc excéder la réparation des pertes réelles que vous avez supportées. L'assurance ne peut être une cause de bénéfice pour vous* ».

Il s'agit d'une reprise du principe indemnitaire énoncé à l'article L.121-1 du Code des assurances, qui prévoit que « *L'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité ; l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre* ». Le montant de l'indemnité ne peut donc pas dépasser les pertes réelles subies dans le cadre du sinistre.
Le restaurateur contestait également la déduction des salaires de ses employés.
Le contrat prévoyait que « *Les charges d'exploitation économisées, c'est-à dire toutes les charges que* [l'assuré cesse] *de supporter du fait de la survenance de l'événement garanti ayant atteint* [son] *outil de production, viennent en déduction de* [son] *indemnisation* ».
Les salariés étaient au chômage partiel du fait de la fermeture de l'établissement. Ainsi, leurs salaires constituaient une économie de charges, que l'expert a valablement déduite.

L'assureur était fondé à déduire de l'estimation du préjudice l'aide perçue par le biais du fonds de solidarité, en vertu du principe indemnitaire.
La déduction des économies réalisées sur les salaires des employés au chômage partiel était également justifiée.
Les aides perçues et le montant des charges économisées étant supérieurs à la perte d'exploitation chiffrée par l'expert, l'assureur n'a pas eu à verser d'indemnité. ●

L'indemnité versée au titre de la garantie pertes d'exploitation est destinée à compenser la baisse du chiffre d'affaires du professionnel pour replacer l'entreprise dans la situation financière qui aurait été la sienne si le sinistre n'avait pas eu lieu.

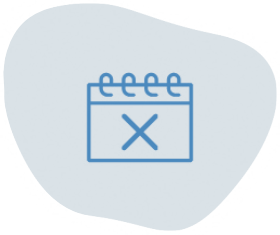
En application du principe indemnitaire, le montant de l'indemnité ne peut excéder la réparation des pertes réelles supportées par l'assuré. Ainsi, si l'État a versé des aides pour compenser les pertes d'exploitation, elles doivent être prises en considération dans le chiffrage du préjudice.

PRESCRIPTION BIENNALE

Étude réalisée par Réjane Ugurluyuz

L'ASSURÉ A DEUX ANS POUR RÉCLAMER SON INDEMNITÉ

En assurance de dommages, toute action doit être exercée dans les deux ans qui suivent l'évènement qui lui donne naissance. Cette prescription peut dans certains cas être interrompue.



L'assuré peut adresser à son assureur un courrier recommandé avec accusé de réception, sollicitant le règlement de l'indemnité, même s'il n'est pas encore en mesure de fournir tous les justificatifs tels que la facture des travaux, afin d'interrompre le délai qui court.

Un assuré titulaire d'un contrat d'assurance habitation a sollicité son assureur à la suite d'un dégât des eaux, le 2 octobre 2015.

Dans le cadre de sa déclaration de sinistre, l'assuré a indiqué à son assureur que des travaux de rénovation extérieurs avaient été entrepris dans son immeuble (étanchéité des terrasses). L'assureur a alors demandé à l'assuré, par courrier du 23 octobre 2015, de lui communiquer le constat amiable de dégât des eaux, complété et signé par son bailleur.

Le 16 juillet 2018, l'assuré a informé l'entreprise d'assurance que l'étanchéité de la terrasse située au-dessus de son appartement, avait été refaite.

L'entreprise d'assurance a refusé de prendre en charge le dégât des eaux au motif que la réclamation était prescrite, conformément aux dispositions des articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances.

L'assuré a contesté cette décision en précisant notamment que l'assureur lui aurait indiqué de revenir vers lui une fois les travaux extérieurs terminés. Toutefois, aucun élément produit au dossier n'a permis de corroborer ces dires.

Il a été rappelé à l'assuré que les conditions générales qui lui ont été transmises reprenaient les dispositions relatives à la prescription auxquelles les parties ne peuvent déroger. L'article L.114-1 du Code des assurances indique que « *toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance* ». L'article L.114-2 quant à lui prévoit que la prescription peut être interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée « *par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité* ».

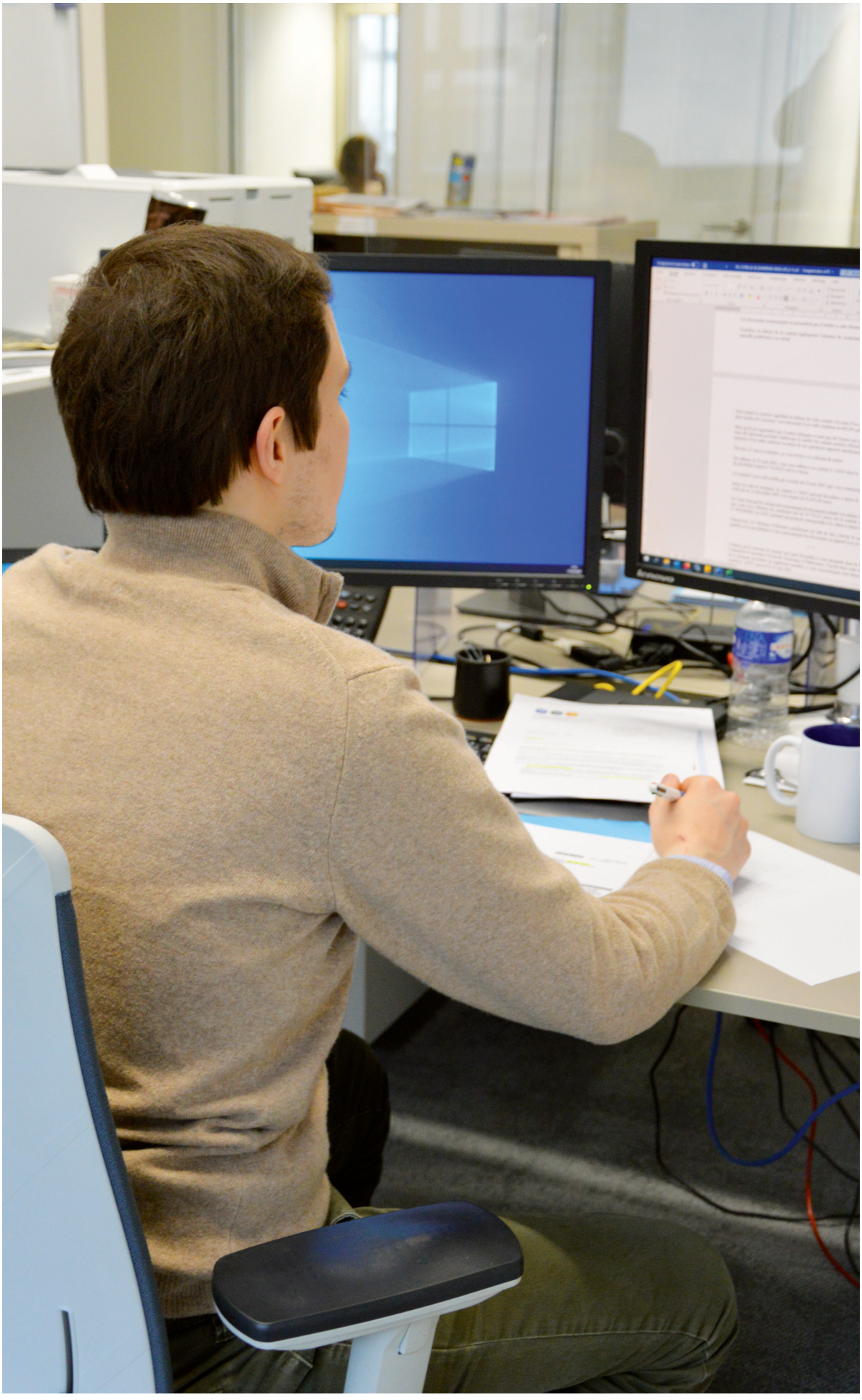
Il appartenait ainsi à l'assuré d'accomplir un acte interruptif de prescription tel qu'un courrier recommandé avec accusé de réception.

PRESCRIPTION BIENNALE

Or, aucun document n'avait été adressé à l'assureur en réponse à sa demande. L'assuré n'est revenu vers l'assureur afin de l'informer que les travaux d'étanchéité de la terrasse de son immeuble étaient terminés que deux ans et huit mois plus tard.

Dans ces circonstances, le Médiateur a estimé que l'assureur était fondé à opposer à l'assuré la prescription de son action. ●

L'absence, au sein de la police d'assurance, des mentions relatives aux délais, causes et points de départ de la prescription, exigées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances et la jurisprudence est sanctionnée par l'inopposabilité de la prescription biennale à l'assuré.



6

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LA RELATION CONTRACTUELLE

2019
CODE DES ASSURANCES
CODE CIVIL

SOUSCRIPTION PAR TÉLÉPHONE

Étude réalisée par Laura Juchault-Montana

UN CONTRAT SOUSCRIT PAR UN MAJEUR SOUS TUTELLE N'EST PAS VALABLE

La souscription à distance d'un contrat d'assurance est encadrée par des règles strictes pour protéger les consommateurs. Une vigilance particulière est nécessaire lorsque l'assuré est placé sous tutelle.

Lors de la souscription d'un contrat d'assurance à distance, le Médiateur recommande aux intermédiaires d'assurance de redoubler de vigilance en vérifiant bien la capacité du prospect à conclure le contrat proposé avant de poursuivre le processus de vente.

Un majeur sous tutelle a souscrit à distance, par le biais d'un courtier en assurance, un contrat d'assurance destiné au remboursement de frais de santé.
À plusieurs reprises, l'assuré n'a pas réglé ses primes d'assurance. Son courtier l'a invité à régulariser cette situation, puis l'a informé de la résiliation du contrat et de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement des primes impayées.

Le père et représentant légal de l'assuré a, à chaque fois, fait remarquer au courtier qu'il était impossible que son fils ait pu souscrire ce contrat, et a demandé qu'il mette fin aux actions en recouvrement des primes.
Lorsqu'un contrat d'assurance est souscrit par le biais d'un intermédiaire d'assurance, un devoir de conseil pèse sur ce dernier. Il doit en effet faire remplir et signer au futur assuré, avant la souscription de son contrat d'assurance, conformément à l'article L.521-4 du Code des assurances, une fiche de conseil dans laquelle il recueille ses exigences et besoins en assurance et plus généralement sa situation personnelle pour lui proposer un produit d'assurance cohérent.

Un contrat d'assurance peut être conclu à distance (par téléphone ou sur internet), mais ce mode de souscription est strictement encadré par la législation afin de protéger les consommateurs (article L.112-2-1 du Code des assurances). Le conseil est alors délivré par le courtier, avant l'accord oral de l'assuré à la conclusion du contrat, mais la fiche de conseil n'est remise qu'après, sur support papier ou autre support durable, conformément à l'article L.521-6 du Code des assurances.

Au-delà du respect des règles spécifiques à la souscription à distance, le consommateur doit avoir la capacité légale de souscrire un contrat. Un contrat conclu par une personne placée sous tutelle est donc considéré comme nul.

Un contrat d'assurance avait effectivement été souscrit à distance par le fils du réclamant : la signature électronique du contrat et celle du mandat de prélèvement bancaire étaient valides. Cependant, l'assuré bénéficiait du régime de protection de la tutelle judiciaire au moment de la souscription du contrat. Toutefois, la lumière n'a pas pu être faite dans ce dossier sur la façon dont l'assuré, malgré l'altération de ses capacités mentales, a pu souscrire à distance un contrat d'assurance.

Or, les dispositions des articles 425, 449 et suivants du Code civil, établissent l'incapacité du majeur placé sous tutelle à pouvoir effectuer seul des actes de disposition et d'administration sur son patrimoine.

Ainsi, l'assuré placé sous tutelle n'était pas en capacité de souscrire seul ce contrat à distance. Le Médiateur a donc invité l'assureur à annuler le contrat qui n'avait pas été souscrit par le tuteur du majeur incapable et à mettre un terme à la procédure de recouvrement des primes. ●

Étude réalisée par Coralie Désiré

LA CONSERVATION DES PRIMES EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE

La nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle lors de l'adhésion peut avoir des conséquences catastrophiques pour l'assuré : elle induit la perte 1) de tout droit à indemnisation et 2) des cotisations déjà versées.

Un assuré a adhéré en octobre 2015 à un contrat d'assurance destiné à garantir le remboursement des échéances de son emprunt.
Il avait auparavant été atteint, entre juin 2015 et juillet 2017, d'une affection psychique pour laquelle il avait bénéficié d'un arrêt de travail de trois mois et d'un traitement médicamenteux, et avait été reconnu en affection de longue durée par la Sécurité sociale.
De nouveau placé en arrêt de travail, il a sollicité la mise en œuvre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (ITT) prévue à son contrat.

L'assureur a refusé de faire droit à sa demande et a retenu la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle en application de l'article L.113-8 du Code des assurances, au motif que l'assuré avait omis de mentionner certains antécédents médicaux sur le questionnaire de santé lors de son adhésion. L'entreprise d'assurance a également informé l'assuré que les cotisations déjà versées ne lui seraient pas restituées.
L'assureur a en effet estimé que l'assuré aurait dû répondre positivement à plusieurs questions précisément posées, notamment : « *Êtes-vous ou avez-vous été atteint au cours des 10 dernières années :* (...) – *d'une affection neuro-psychique ou neurologique, de dépression nerveuse, d'épilepsie ?* (...) », « *Suivez-vous actuellement un traitement médical, sauf pour contraception ou affections saisonnières ?* », « *Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de sécurité sociale au cours des 15 dernières années ?* » et « *Au cours des 10 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours, sur prescription médicale pour raison de santé ?* ».
L'assuré ne pouvait ignorer son affection et répondre par la négative aux questions précitées au regard de son état de santé.

L'article L.113-8 du Code des assurances dispose qu'en cas de fausse déclaration intentionnelle, le contrat est nul et « (...) *Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts* ».
Cet article sanctionne l'assuré qui a intentionnellement omis de déclarer ses antécédents médicaux sur le questionnaire de santé.
Toute déclaration inexacte sur l'état de santé au moment de l'adhésion peut remettre en cause la validité du contrat d'assurance et conduire à la perte de tout droit à indemnisation, à un moment où l'assuré en aurait particulièrement besoin. Dans ce cas, les cotisations déjà versées par l'assuré restent acquises à l'assureur.

Le Médiateur a confirmé la position de l'assureur : la fausse déclaration était intentionnelle et l'assureur était en droit de prononcer la nullité du contrat d'assurance. L'assureur pouvait donc conserver les cotisations que l'assuré avait déjà versées. ●

L'assuré qui a effectué une fausse déclaration intentionnelle sur son état de santé au moment de l'adhésion peut voir son contrat d'assurance annulé et, ainsi, perdre tout droit à indemnisation et l'ensemble des cotisations déjà versées.

Pour permettre à l'assureur d'évaluer le risque à assurer et préserver le caractère aléatoire du contrat d'assurance, l'assuré doit répondre exactement aux questions posées sur son état de santé lors de l'adhésion. Toute omission, même sans lien direct avec la cause de l'arrêt de travail, peut priver l'assuré de la prise en charge par l'assureur.

EXCLUSION

Étude réalisée par Laura Bensimon

LA NOTION D'« AFFECTION PSYCHIQUE » N'EST PAS FORMELLE ET LIMITÉE

Une clause excluant « *les affections psychiques* » est imprécise et ne permet pas à l'assuré de connaître exactement l'étendue de ses garanties. Elle doit donc être écartée.

Pour éviter des discussions sur l'application d'une clause d'exclusion, les pathologies concernées doivent être énumérées précisément, par exemple sous forme de liste.

Une clause d'exclusion dont une partie n'est pas formelle et limitée, même si l'affectation en cause relève d'une autre partie de cette clause, ne doit plus être appliquée.

Un assuré avait adhéré à un contrat d'assurance de groupe destiné à garantir le versement de prestations en cas d'incapacité de travail. À la suite d'une dépression nerveuse, il a sollicité la mise en œuvre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) prévue à son contrat.
Placé en arrêt de travail en 2010 pour une première pathologie, il a déclaré un état dépressif à partir de 2011 et fait l'objet d'un nouvel arrêt de travail. Après une expertise médicale réalisée en 2012, le médecin-conseil a accepté de prendre en charge l'arrêt de travail jusqu'en 2011. L'assuré a alors contesté la cessation des prestations.

L'assureur a refusé de faire droit à sa demande au motif que la pathologie à l'origine de la prolongation de son arrêt de travail était en relation avec une clause d'exclusion prévue par le contrat, ainsi formulée : « *les affections psychiques (y compris les dépressions nerveuses)* ».
Une clause d'exclusion qui se réfère à des critères imprécis et à des hypothèses non limitativement énumérées n'est pas conforme à l'article L.113-1 du Code des assurances, selon lequel une exclusion doit être « *formelle et limitée* »(1).

Or la jurisprudence est venue préciser que la seule évocation de l'expression « *troubles psychiques* » sans aucune précision ne suffisait pas à ce que la clause soit considérée comme formelle et limitée. La notion d'« *affections psychiques* » ne vise en effet aucune maladie précise ou ne repose sur aucun critère précis. Elle ne permet donc pas à l'assuré de connaître très exactement les cas dans lesquels il sera ou ne sera pas garanti(2).
La Cour de Cassation vient par ailleurs de retenir qu'une clause excluant les « *incapacités et invalidités* (...) *résultant de lombalgie,* (...) *et autre mal de dos* » n'était pas formelle et limitée **dans son ensemble** dès lors qu'une partie de cette clause (« *et autre mal de dos* ») n'était pas formelle et limitée, et ne pouvait s'appliquer même si l'affection dont était atteint l'assuré (en l'occurrence un problème lombaire) relevait d'une exclusion précisément énumérée dans la clause(3).

Cette évolution très récente (juin 2021) de la position de la Cour de cassation a mis fin à la pratique du « *dépeçage* » des clauses d'exclusion. Le Médiateur a apprécié la validité de la clause excluant « *les affections psychiques (y compris les dépressions nerveuses)* » à la lumière de cette nouvelle jurisprudence.

Il a ainsi estimé qu'une partie de la clause d'exclusion relative aux « *affections psychiques* » n'étant pas formelle et limitée, cela avait pour effet d'invalider la clause dans son ensemble, la rendant ainsi inapplicable à l'assuré, en arrêt de travail pour dépression nerveuse. ●

(1) Cass. 1ère Civ., 29 octobre 1984, n° 83-14.464.
(2) Cass. 2ème Civ., 2 avril 2009, n° 08-12.587 ; Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 27 novembre 2008, n° 07/09753.
(3) Cass. 2ème Civ., 17 juin 2021, n° 19-24.467.

Étude réalisée par Mianah Ahamadi

LE CAPITAL VERSÉ AU TITRE D'UN CONTRAT OBSÈQUES PEUT ÊTRE INFÉRIEUR AUX PRIMES PAYÉES

Les assurés comprennent mal le mécanisme des contrats obsèques et les assimilent souvent, à tort, à des contrats d'épargne.

Un assuré avait souscrit en 2018 un contrat de financement de ses obsèques. Ce contrat prévoyait le versement au bénéficiaire désigné d'un capital de 3 350 euros lors de son décès, afin de couvrir une partie de ses frais d'obsèques. En contrepartie, l'assuré devait verser une prime unique ou des primes périodiques.

L'assuré avait opté pour le versement d'une prime unique d'un montant de 3 340 euros au moment de la souscription du contrat. Ce versement était accompagné d'une cotisation complémentaire de 1 930 euros, pour une garantie ayant pour objet d'augmenter automatiquement le capital garanti, et ce à chaque date anniversaire de la date d'effet du contrat.

À la suite du décès de l'assuré, intervenu moins d'un an après la date d'effet du contrat, son frère, bénéficiaire du contrat, a saisi le Médiateur. En effet, l'assureur lui ayant versé le capital garanti de 3 350 euros, le réclamant souhaitait obtenir le remboursement de la somme versée par l'assuré décédé au titre de la garantie de progression de capital, soit 1 930 euros.

Il est important que les assurés comprennent bien toutes les particularités d'un contrat obsèques au moment de sa souscription. En effet, ils se rendent compte souvent tardivement, en cours de contrat, voire, pour les bénéficiaires, au moment de la liquidation du contrat, qu'il ne s'agit pas d'un contrat d'épargne donnant lieu au règlement d'un capital intégrant toutes les cotisations versées depuis la souscription.

Dans ce type de contrat, le montant des cotisations versées par l'assuré peut être supérieur au montant du capital versé *in fine* au bénéficiaire, ce qui surprend les assurés qui s'attendent à ce que l'assureur règle, *a minima*, un montant équivalent aux cotisations versées.

En l'espèce, le contrat prévoyait qu'en cas de décès de l'assuré dans un délai d'un an suivant la date d'effet du contrat, l'assureur ne réglait, pour les contrats à prime unique, que le montant du capital garanti.

L'assuré étant décédé moins d'un an après la date d'effet du contrat, seul le capital garanti a été versé. La garantie de progression de capital qui avait pour but de revaloriser le capital n'a pas pu être mise en œuvre.

Dès lors, l'assureur a exécuté le contrat conformément aux dispositions conventionnelles. ●

Un contrat obsèques n'est pas un contrat d'épargne, mais a 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.

Au moment du décès de l'assuré, le total des cotisations qu'il a versées peut dépasser le capital garanti par le contrat. Afin d'améliorer l'information des assurés, le Médiateur invite les assureurs à insérer un encadré spécifique indiquant, en caractères très apparents, les caractéristiques propres à un contrat de prévoyance.

ASSURANCE VIE

Étude réalisée par Sandrine Gaston

LA REPRÉSENTATION DES BÉNÉFICIAIRES À TITRE GRATUIT DOIT ÊTRE STIPULÉE

En assurance vie, la représentation d'un bénéficiaire désigné à titre gratuit ne se présume pas. S'il décède avant l'assuré, ses représentants ne pourront percevoir le capital dans le cadre de cette enveloppe que si la clause bénéficiaire le prévoit expressément.

Si le souscripteur d'une assurance vie à titre gratuit souhaite réserver les droits des représentants d'un ou plusieurs bénéficiaires, il est nécessaire qu'il le prévoie expressément.

Par exemple, une mention telle que « *vivant ou représenté* » insérée à la suite d'une désignation permettra le cas échéant aux représentants du bénéficiaire prédécédé de recevoir eux-mêmes, dans le cadre de l'assurance vie, les sommes dues au décès de l'assuré.

La clause bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie doit être rédigée avec attention pour traduire précisément la volonté du souscripteur, notamment sur le devenir des capitaux en cas de prédécès d'un bénéficiaire désigné à titre gratuit.

Lors de la souscription de son contrat d'assurance sur la vie, un assuré a nommément désigné à titre gratuit une unique bénéficiaire de la garantie en cas de décès. À cette occasion, il a pris soin de barrer la mention type « *à défaut mes héritiers* ».
Mais, au décès de l'assuré, la bénéficiaire désignée était décédée depuis plus de huit ans.

Considérant qu'il n'existait pas de bénéficiaire déterminé au jour du décès de l'assuré, l'assureur en a déduit que le capital devait intégrer la succession du défunt.

Le fils unique de la bénéficiaire a contesté ce versement : selon lui, la volonté du souscripteur était de faire bénéficier sa mère ainsi que la « *descendance* » de celle-ci des capitaux-décès ; en barrant la mention relative aux héritiers, le souscripteur avait manifesté sa volonté de ne pas transmettre le capital de son assurance vie à sa succession.

L'article L.132-9 I alinéa 4 du Code des assurances conditionne l'attribution à titre gratuit du bénéfice d'un contrat d'assurance sur la vie à l'existence du ou des bénéficiaire(s) désignés(s) au jour de l'exigibilité des sommes, à moins que le souscripteur en ait stipulé autrement.
Le mécanisme de représentation n'est donc pas automatique et doit, pour être applicable, avoir été prévu dans la clause bénéficiaire.

Aussi, dans l'hypothèse où un bénéficiaire vient à décéder avant le souscripteur sans que ses représentants n'aient été eux-mêmes désignés, les capitaux-décès doivent être répartis, le cas échéant, entre les éventuels bénéficiaires de même rang ou ceux de rang suivant.

Si aucun bénéficiaire n'est déterminé – ou déterminable – lors du décès du souscripteur, les sommes intègrent l'actif successoral de ce dernier en application des dispositions de l'article L.132-11 du Code des assurances.

À défaut de clause expresse de représentation, le fils de l'unique bénéficiaire prédécédée ne pouvait se voir attribuer les capitaux-décès. Le seul fait que le souscripteur ait barré la mention pré-imprimée qui désignait ses héritiers, conduisant à l'absence de bénéficiaire de second rang, ne remet pas en cause cette solution.
En l'absence de bénéficiaire déterminé au moment de l'exigibilité des prestations, personne n'avait vocation à recevoir les sommes dans le cadre fiscal de l'assurance vie. En conséquence, le versement effectué par l'assureur entre les mains du notaire en charge de la succession du souscripteur défunt était justifié. ●

Étude réalisée par Elise Rufin

ASSURANCE VIE

LES CAPITAUX-DÉCÈS N'INTÈGRENT PAS AUTOMATIQUEMENT LA SUCCESSION EN CAS DE LEGS UNIVERSEL

Les dispositions testamentaires peuvent être valablement utilisées par l'assuré pour désigner ses bénéficiaires en cas de décès. Cependant, cela peut parfois poser des difficultés d'interprétation.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance vie et a désigné auprès de l'assureur un bénéficiaire en cas de décès. Par la suite, l'assuré a rédigé un testament qui instituait un légataire universel, distinct du bénéficiaire du contrat d'assurance vie. Ce testament prévoyait la révocation de « *tout testament antérieur* ».

Au décès de l'assuré, l'assureur a indiqué au légataire universel qu'il n'était pas bénéficiaire des capitaux-décès car le testament ne visait pas le contrat d'assurance vie en question. Le légataire universel a contesté cette position, estimant que le testament manifestait clairement la volonté de l'assuré.

Les capitaux-décès ne font pas partie de la succession. Ils doivent être versés conformément à la volonté de l'assuré, exprimée lors de la désignation des bénéficiaires.

La désignation puis la modification des bénéficiaires en cas de décès d'un contrat d'assurance vie ne doivent pas obligatoirement respecter un parallélisme des formes : la désignation d'un bénéficiaire établie dans le contrat d'assurance vie peut valablement être modifiée par des dispositions déposées chez un notaire et inversement. Ainsi, la désignation effectuée dans le cadre du contrat peut être modifiée par un testament postérieur à la rédaction de la clause bénéficiaire.

En l'espèce, le testament instituait un legs universel pour les biens issus de la succession et visait également d'autres contrats d'assurance vie souscrits par l'assuré, mais ne faisait pas mention du contrat objet de la réclamation.

Dans cette situation, la Cour de cassation exige de rechercher l'intention réelle du stipulant.

Aucun élément n'indiquait que l'assuré avait entendu viser le contrat d'assurance vie en cause par le legs universel, et ainsi souhaité modifier la désignation initiale du bénéficiaire en cas de décès. Cette volonté ne pouvait être déduite du fait que d'autres contrats d'assurance vie soient visés par les dispositions testamentaires.
Le légataire universel ne pouvait donc pas prétendre au bénéfice du contrat d'assurance vie en question. ●

Le souscripteur d'un contrat d'assurance vie ainsi que les personnes l'accompagnant dans la rédaction de la désignation de ses bénéficiaires en cas de décès doivent veiller à formaliser le plus précisément possible cette désignation ainsi que sa révocation le cas échéant.

Lors de l'interprétation de la désignation des bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie, l'assureur doit veiller à rechercher l'intention réelle du stipulant.

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

CODE
CIVIL

DÉCLARATION DE SINISTRE

Étude réalisée par Myriam Hammouti

L'ASSURÉ PEUT PERDRE SON DROIT À GARANTIE EN CAS DE DÉCLARATION TARDIVE DE SON SINISTRE

L'assuré doit déclarer tout sinistre susceptible de mobiliser les garanties de son contrat. Lorsqu'il déclare tardivement son sinistre, l'assureur peut sanctionner son manque de diligence et lui opposer une déchéance de garantie, mais cette sanction n'est pas automatique.

La clause de déchéance peut priver l'assuré, partiellement ou totalement, de son droit à garantie pour le sinistre considéré : il lui est donc vivement recommandé, lors de la survenance d'un sinistre, de le déclarer rapidement à son assureur.

Pour opposer une telle clause à son assuré en raison d'une déclaration tardive de son sinistre, l'assureur doit prouver que ce retard lui a causé un préjudice, par exemple si cela l'a empêché d'évaluer l'ampleur du sinistre et de le provisionner en conséquence.

En cas d'application d'une clause de déchéance de garantie pour déclaration tardive de sinistre, le Médiateur vérifiera si ce retard a causé un préjudice à l'assureur.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance pour garantir le remboursement de son emprunt. Il a été placé en arrêt de travail à la suite d'un accident.

Sept mois plus tard, il a déclaré son sinistre à son assureur et sollicité la mise en œuvre de sa garantie Incapacité Totale de Travail alors qu'il avait déjà repris son activité professionnelle.

Cependant, la notice du contrat prévoyait l'application d'une déchéance de garantie *« à défaut de présentation des pièces dans les 90 jours suivant la fin du délai de franchise »*.

L'assureur a donc refusé de verser les indemnités journalières contractuellement prévues, en raison de la déclaration tardive du sinistre.

L'application d'une clause de déchéance, sanctionnant le manquement de l'assuré à l'une de ses obligations contractuelles, est strictement encadrée par le Code des assurances.

Les articles L.113-2 et L.112-4 du Code des assurances précisent que la déchéance pour déclaration tardive ne peut être appliquée que si elle est expressément prévue par le contrat, en caractères très apparents, et que l'assureur démontre l'existence d'un préjudice que lui a causé le retard dans la déclaration de sinistre.

L'article L.113-11 du Code des assurances prévoit quant à lui la nullité des clauses frappant de déchéance à raison du simple retard apporté par l'assuré à la déclaration du sinistre aux autorités ou à la production de pièces. L'assureur a alors la possibilité de percevoir une indemnité pour réparer le préjudice subi par le retard.

La clause était bien rédigée en caractères très apparents, mais l'assureur s'est contenté de citer les dispositions contractuelles sans rapporter la preuve d'un préjudice. Ainsi, il ne pouvait valablement invoquer une déchéance de garantie et refuser la prise en charge du sinistre. ●

Étude réalisée par Mianah Ahamadi

DÉFINITION CONTRACTUELLE

L'INFECTION NOSOCOMIALE EST UN ACCIDENT SI ELLE EST D'ORIGINE EXOGÈNE

Lorsque le contrat n'exige pas que l'atteinte corporelle subie par l'assuré soit exclusivement liée à une cause extérieure, la garantie sera intégralement due, au titre de l'accident, si un évènement extérieur a joué un rôle causal dans la survenance du sinistre.

Un assuré avait souscrit un contrat d'assurance Garantie des Accidents de la Vie (GAV). Lors d'une hospitalisation, il a contracté une bactérie de type staphylocoque doré. Il est décédé peu de temps après des suites de cette infection.

Son épouse a alors sollicité auprès de l'entreprise d'assurance la mise en jeu de la garantie décès prévue au contrat. L'assureur n'a pas répondu favorablement à sa demande, au motif que la cause du décès n'était pas accidentelle, mais résultait d'une maladie, événement exclu de la garantie.

L'épouse de l'assuré estime que l'infection, contractée en milieu hospitalier, revêt un caractère d'extériorité et doit donc être considérée comme un accident.

Les conditions générales du contrat définissent l'accident comme une « *atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie* (...) ».

Les juges du fond ont déjà eu l'occasion de se prononcer sur la notion de cause extérieure en matière d'infections nosocomiales(1). Les magistrats ne retiennent la notion d'accident que si l'infection a été causée par un élément exogène, de façon à répondre au critère d'extériorité prévu dans la définition contractuelle de l'accident.

Or, le rapport d'expertise médicale démontrait que le décès de l'assuré était notamment dû à la présence d'une bactérie contractée au sein des locaux de l'établissement hospitalier. Celui-ci n'est donc pas survenu à la suite de l'altération de l'état de santé de l'assuré, mais des conséquences des atteintes portées fortuitement à son intégrité physique du fait d'un processus exogène.

Par ailleurs, le contrat n'imposait pas que l'atteinte subie par l'assuré soit exclusivement due à une cause extérieure. En l'occurrence, davantage que les prédispositions pathologiques de l'assuré, la bactérie était bien l'élément causal ayant conduit à son décès.

L'exigence d'un élément exogène était remplie. Rien ne s'opposait donc, au regard de la jurisprudence précitée, au versement par l'assureur du capital décès à l'épouse de l'assuré.

En conséquence, le Médiateur a invité l'assureur à verser à l'épouse de l'assuré l'intégralité du capital prévu. ●

Les assurés sont souvent surpris par la définition de l'accident dans le contrat, qui ne correspond pas à celle du langage courant, et notamment par la nécessité d'une « *cause extérieure* ».

J'invite les assureurs à exprimer clairement ce qu'est un accident au sens du contrat et à attirer l'attention de l'assuré sur cette notion au moment de la souscription.

(1) CA Aix en Provence, 19 octobre 2012, n° 10/19092 ; CA Aix en Provence, 11 octobre 2012, n° 11/16403.

DÉFINITION CONTRACTUELLE

Étude réalisée par Tsilla Koubi

LA BLESSURE PROVOQUÉE PAR LA CHUTE D'UN OBJET EN MOUVEMENT EST ACCIDENTELLE

L'existence d'une cause extérieure est retenue lorsque l'élément à l'origine du sinistre présentait une dynamique anormale.

Un objet en mouvement peut être considéré comme un élément extérieur à l'origine d'un accident, dès lors que ce mouvement présentait une dynamique anormale, sans laquelle le sinistre ne serait pas survenu. Cette solution est applicable alors même que le mouvement a été initié par l'assuré.

Un assuré a souscrit un contrat de prévoyance individuelle garantissant le risque d'accident survenu dans l'exercice de sa profession ou dans le cadre de sa vie privée.

Il a été placé en arrêt de travail à la suite d'une blessure, survenue alors qu'il déplaçait un réfrigérateur. Lors du transport, ce dernier a basculé sur l'assuré, qui s'est blessé en effectuant un mouvement pour le rattraper.

L'assureur a refusé de prendre en charge le sinistre, estimant que sa blessure était due à une pathologie médicale préexistante et ne résultait donc pas d'un accident. Il se fondait notamment sur les conclusions d'une expertise médicale qui n'a pas été portée à la connaissance du Médiateur.

L'accident est une notion centrale en assurance de personnes. Elle sert notamment de limite dans de nombreux contrats pour lesquels l'assureur ne délivre sa garantie que pour des dommages résultant d'un événement extérieur à la personne, par opposition à la maladie.

La notion d'accident était définie par le contrat d'assurance comme « *Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Cas particulier : Les lésions internes (telles que les hernies, lumbagos, entorses…) sont assimilées à des atteintes corporelles garanties à condition qu'elles résultent d'un choc provoqué par un agent extérieur à l'assuré* ».

La garantie n'était donc mobilisable qu'à condition que l'atteinte ait été provoquée par une cause extérieure. Au regard des circonstances du sinistre détaillées par l'assuré, le Médiateur a constaté que le réfrigérateur, en mouvement au moment de l'incident, avait une dynamique anormale qui a entraîné sa blessure.

En effet, si cet élément était resté statique, le sinistre ne serait pas survenu. Aussi, le réfrigérateur constituait un élément extérieur, à l'origine du dommage de l'assuré.

Sa blessure résultant de l'action soudaine de cette cause extérieure, elle répondait à la définition contractuelle de l'accident.

Les conditions de mise en œuvre de la garantie étant réunies, l'assureur a été invité à prendre en charge le sinistre de l'assuré. ●

Étude réalisée par Morgane Viarnaud

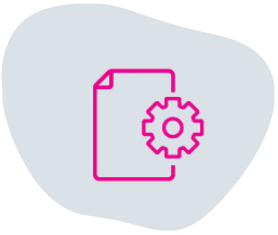
LA NOTION DE PERTE INVOLONTAIRE D'EMPLOI DANS LES GARANTIES PERTE D'EMPLOI

Le caractère aléatoire de la garantie disparaît lorsque l'assuré est à l'origine ou a consenti à la rupture de son contrat de travail, par exemple en cas de rupture conventionnelle.

Un assuré souhaitait mettre en œuvre la garantie perte d'emploi de son contrat d'assurance emprunteur afin qu'une partie des échéances de son prêt puisse être prise en charge à la suite d'une rupture de son contrat de travail pour raison économique après la conclusion d'un accord de départ volontaire.
L'assureur avait refusé de délivrer sa garantie au motif que la rupture conventionnelle était exclue de la garantie.
Le contrat prévoyait que la perte d'emploi était « *garantie si vous étiez salarié en contrat de travail à durée indéterminée et si vous avez été licencié. De plus, vous devez bénéficier des revenus de remplacement prévus aux articles L.5421-1 à L.5427-10 du Code du travail* (...) ». Il précisait qu'était exclue de la garantie « ***la rupture conventionnelle du contrat de travail à durée indéterminée, telle que prévue par le Code du travail*** (...) ».

Le contrat d'assurance est un contrat aléatoire, ce qui implique que les garanties contractuelles ne peuvent être mobilisées lorsque le sinistre est « provoqué » par l'assuré.
Les salariés assurés au titre d'un contrat d'assurance garantissant la perte d'emploi pensent souvent être garantis quelle que soit la cause de rupture de leur contrat de travail.
Le Médiateur est ainsi régulièrement saisi par des assurés souhaitant mobiliser la garantie perte d'emploi de leur contrat à la suite d'une démission ou d'une rupture conventionnelle.
La rupture amiable dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi ne saurait être assimilée à une rupture conventionnelle telle que définie par l'article L.1237-11 du Code du travail.
Le départ volontaire d'un salarié dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi ne constitue pas une rupture unilatérale du contrat de travail à l'initiative de l'employeur. Dès lors qu'il n'y avait pas eu de licenciement, la garantie ne pouvait être mise en œuvre.
En effet, les contrats d'assurance restreignent généralement la notion de perte d'emploi aux ruptures involontaires du contrat de travail.
Cette exigence du caractère involontaire de la perte d'emploi est justifiée par la nécessité de préserver le caractère aléatoire du contrat d'assurance. En effet, l'assureur ne peut garantir un risque dont la réalisation dépend de la propre volonté de l'assuré.
Dès lors, sortent du champ d'application de la garantie toutes formes de ruptures dites « volontaires » du contrat de travail.

La démission, la rupture conventionnelle et la rupture amiable dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi sont à l'initiative de l'assuré-salarié, ou tout du moins, nécessitent son approbation, de sorte qu'elles ne peuvent répondre à la notion de perte involontaire d'emploi à laquelle est conditionnée la mise en œuvre de la garantie perte d'emploi. *A contrario,* le licenciement, qu'il soit économique ou non, constitue une perte involontaire d'emploi et permet donc la mobilisation de la garantie perte d'emploi, dès lors que les autres conditions sont réunies.



La notion de perte involontaire d'emploi ne peut viser que le licenciement, qu'il soit économique ou non.

Le caractère aléatoire du contrat d'assurance doit perdurer tout au long de la vie du contrat. Il disparaît dans le cas d'une démission ou d'une rupture conventionnelle, qui ne répondent pas à la notion de « perte involontaire d'emploi ».

ASSURANCE VIE

Étude réalisée par Sandrine Gaston

L'ACCEPTATION TACITE D'UNE ASSURANCE VIE DOIT RÉSULTER D'ACTES NON ÉQUIVOQUES

L'acceptation du bénéfice d'un contrat d'assurance vie peut être expresse ou tacite. Dans ce dernier cas, elle doit, pour être opposable aux tiers, relever d'actes positifs exprimant l'intention dépourvue d'ambiguïté du bénéficiaire acceptant.

Une assurée a souscrit un contrat d'assurance vie et a désigné comme bénéficiaire son fils unique, selon la clause suivante « *Monsieur X, à défaut mes héritiers* ». En 2013, au décès de l'assurée, son fils sollicite auprès de l'administration fiscale un certificat de non-exigibilité ou d'acquittement de l'impôt, document nécessaire au versement des sommes dues.

À réception du document, le bénéficiaire n'effectue aucune démarche auprès de l'assureur, qui n'a d'ailleurs pas connaissance du décès de l'assurée. Cette information ne lui est communiquée que quatre années plus tard après consultation du RNIPP(1), dans le cadre de ses obligations imposées par la loi Eckert.

L'assureur procède alors aux démarches nécessaires en vue du règlement des capitaux décès et adresse, pour ce faire, plusieurs courriers au bénéficiaire. Ce dernier n'y donne pas suite, jusqu'à son décès en 2019.

À cette date, les héritiers du bénéficiaire prennent contact avec l'assureur afin de percevoir, en cette qualité, les capitaux décès non versés. Ils communiquent à cette occasion le certificat de non-exigibilité de 2013.

L'assureur estime que les démarches entreprises par le bénéficiaire ne démontrent pas son acceptation du contrat. Il refuse donc de verser les capitaux décès dans le cadre de l'assurance vie et précise qu'elles doivent intégrer l'actif successoral.

L'article L.132-9 du Code des assurances dispose qu'après le décès du stipulant, l'acceptation du bénéfice du contrat d'assurance sur la vie est libre. Le bénéficiaire a ainsi la possibilité d'accepter ou de renoncer à son droit de créance. L'acceptation rend alors ce droit définitif et irrévocable.

La Cour de cassation admet que l'acceptation puisse être tacite. Dans ce cas, elle doit « *relever* (...) *d'actes positifs exprimant une intention dépourvue d'ambiguïté* ».

(1) Répertoire national d'identification des personnes physiques.

L'appréciation des éléments de preuve appartient alors au pouvoir souverain des juges du fond(2).

Les démarches du bénéficiaire doivent donc permettre d'établir le caractère non équivoque et sans ambiguïté de la volonté du bénéficiaire d'accepter le bénéfice de la stipulation effectuée à son profit. Cette exigence n'est pas remplie lorsque le bénéficiaire désigné a, pour seule démarche, sollicité auprès de l'administration fiscale l'un des documents nécessaires au versement des capitaux décès, puis n'a effectué aucune autre action durant les cinq années suivantes et a gardé le silence à réception des courriers de l'assureur l'informant de l'existence de ce contrat.

Ainsi, le bénéficiaire n'a pas accepté, même tacitement, le bénéfice de ce contrat souscrit par sa mère. En l'absence d'acceptation, expresse ou tacite, du contrat par le bénéficiaire, l'intégralité des capitaux doit être versée aux héritiers du bénéficiaire de premier rang décédé, sauf en présence de bénéficiaires de second rang auxquels le capital décès devra être versé en priorité(3).

En l'espèce, le bénéficiaire de second rang étant également Monsieur X en tant qu'héritier de l'assurée, le capital décès devait donc être versé par l'assureur aux héritiers du bénéficiaire de premier rang et ne devait donc pas intégrer son actif successoral. ●

La seule demande formulée par un bénéficiaire auprès de l'administration fiscale d'un certificat de non-exigibilité ou d'acquittement de l'impôt ne saurait être considérée, à elle seule, comme la preuve de son acceptation tacite du contrat d'assurance vie.

(2) Cass. 1ère Civ., 15 décembre 1998, n° 96-20.246.
(3) Cass. 2ème Civ., 17 septembre 2009, n° 08-17.040.

ASSURANCE VIE

Étude réalisée par Sandrine Gaston

LE VERSEMENT DES CAPITAUX DÉCÈS EST LIBÉRATOIRE POUR L'ASSUREUR DE BONNE FOI

S'il n'a pas connaissance d'une modification de la clause bénéficiaire par voie testamentaire, l'assureur peut, de bonne foi, verser les capitaux décès entre les mains du seul bénéficiaire connu, précédemment désigné par voie contractuelle. Le versement effectué est alors libératoire.

Malgré les nouvelles dispositions légales encadrant strictement les délais de versement des capitaux décès auxquels sont tenus les assureurs, ces derniers sont invités à vérifier l'existence de bénéficiaires désignés par voie non contractuelle afin de limiter l'augmentation de ces litiges.

En 2017, un assuré procède, par voie d'avenant, à la modification de la clause bénéficiaire de son contrat d'assurance sur la vie.

À son décès, survenu en 2020, l'assureur sollicite les documents nécessaires auprès du bénéficiaire dont il possède les coordonnées et lui verse les capitaux décès.

Un mois plus tard, le notaire chargé de la succession de l'assuré interroge l'assureur sur l'existence du contrat d'assurance sur la vie puis l'informe de l'existence de dispositions testamentaires datant de 2018, révoquant la clause bénéficiaire antérieure et désignant expressément un autre bénéficiaire, le légataire universel.

L'assureur se fonde sur les dispositions de l'article L.132-25 du Code des assurances pour refuser de procéder à un nouveau règlement de ces sommes. Il affirme en effet que le paiement effectué, en l'état des éléments à sa disposition au jour du règlement des capitaux décès, était libératoire.

L'article L.132-8 du Code des assurances permet au souscripteur de procéder à la désignation et à la modification de la clause bénéficiaire par voie d'avenant, par voie testamentaire ou en remplissant les formalités édictées par l'article 1690 du Code civil.

Il est donc loisible pour le souscripteur de procéder à la modification de cette désignation par voie de testament, qui, par nature, est un acte unilatéral.

Dans ces circonstances, l'assureur ne peut connaître l'identité du bénéficiaire ainsi désigné que s'il en est expressément informé.

En l'absence d'information préalable au versement des capitaux décès, l'article L.132-25 du Code des assurances prévoit que le règlement effectué de bonne foi par l'assureur entre les mains du bénéficiaire qui « *sans cette désignation* (...) *y aurait eu droit* », le libère de ses obligations.

Il ressort ainsi de ces dispositions que la révocation du bénéficiaire n'est opposable à l'assureur que lorsqu'il en a eu connaissance.

Il ne peut être reproché à l'assureur de ne pas s'être interrogé sur l'existence d'une éventuelle modification relative au contrat d'assurance sur la vie sauf si la preuve est établie que l'assureur avait parfaitement connaissance de cette modification, ou, comme a pu récemment le juger la Cour de cassation, « *que les circonstances, notamment en présence d'une mesure de protection juridique en la personne du souscripteur, auraient dû attirer son attention sur l'authenticité des documents en cause* »(1). La charge de cette preuve incombe à celui qui s'en prévaut.

Le paiement effectué entre les mains du bénéficiaire désigné par voie d'avenant étant libératoire pour l'assureur, il n'était pas tenu de procéder à un nouveau règlement.

Il appartient désormais au bénéficiaire désigné postérieurement par voie testamentaire de former à l'encontre de la personne ayant perçu les capitaux décès une action judiciaire sur le fondement de l'enrichissement injustifié (articles 1303 et suivants du Code civil). ●

En cas de modification de leur clause bénéficiaire, autrement que par voie d'avenant, il est recommandé aux souscripteurs d'en informer l'assureur.

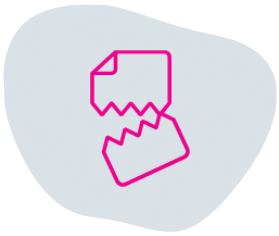
(1) Cass. 1ère Civ., 31 mars 2021, n° 19-18.951.

RÉSILIATION

Étude réalisée par Mianah Ahamadi

LE MAINTIEN DES PRESTATIONS EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE

Pour certains contrats d'assurance de personnes(1), l'assureur a l'obligation de maintenir l'indemnisation d'un sinistre survenu pendant la période de validité du contrat, même après la résiliation de celui-ci, à condition que l'indemnisation soit due par l'assureur avant l'extinction du contrat.



L'assuré doit déclarer son sinistre dans les meilleurs délais afin que l'assureur puisse apprécier si les conditions de garantie sont réunies avant la résiliation du contrat.

Un assuré avait adhéré à un contrat collectif d'assurance qui avait pour objet de lui faire bénéficier de prestations en cas d'arrêt de travail. Ce contrat d'assurance a été résilié. L'assuré a alors adhéré à un nouveau contrat d'assurance équivalent auprès d'un autre assureur.

Ayant été en arrêt de travail, il en a demandé la prise en charge auprès de l'assureur du second contrat. Ce dernier a toutefois refusé de faire droit à sa demande, au motif que l'origine de l'arrêt de travail remontait à la période au cours de laquelle l'assuré était couvert par le premier assureur.

L'article 7 de la loi Evin(2), dispose que « *Lorsque des assurés ou des adhérents sont garantis collectivement contre les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité, le risque décès ou les risques d'incapacité ou d'invalidité, la résiliation ou le non-renouvellement du contrat ou de la convention est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution* ».

Ainsi, la résiliation d'un contrat de prévoyance collective est sans effet sur le versement des prestations différées, acquises ou nées durant l'exécution du contrat.

Toutefois, la Cour de cassation considère que si la notion de prestation différée n'implique pas qu'une prestation ait nécessairement été en cours au jour de la résiliation du contrat, elle impose néanmoins qu'une prestation soit due pendant la période de validité du contrat. En effet, la Cour rappelle que l'objectif des dispositions précitées est d'empêcher l'arrêt des prestations en cours de paiement, et non d'étendre la période de couverture du contrat d'assurance.

Ainsi, l'assureur du contrat résilié doit, en dépit de l'extinction du contrat : d'une part, maintenir les prestations qu'il avait commencé à verser en cours de contrat et d'autre part, verser les prestations qui correspondent à des sinistres dont les conditions sont remplies avant la résiliation.

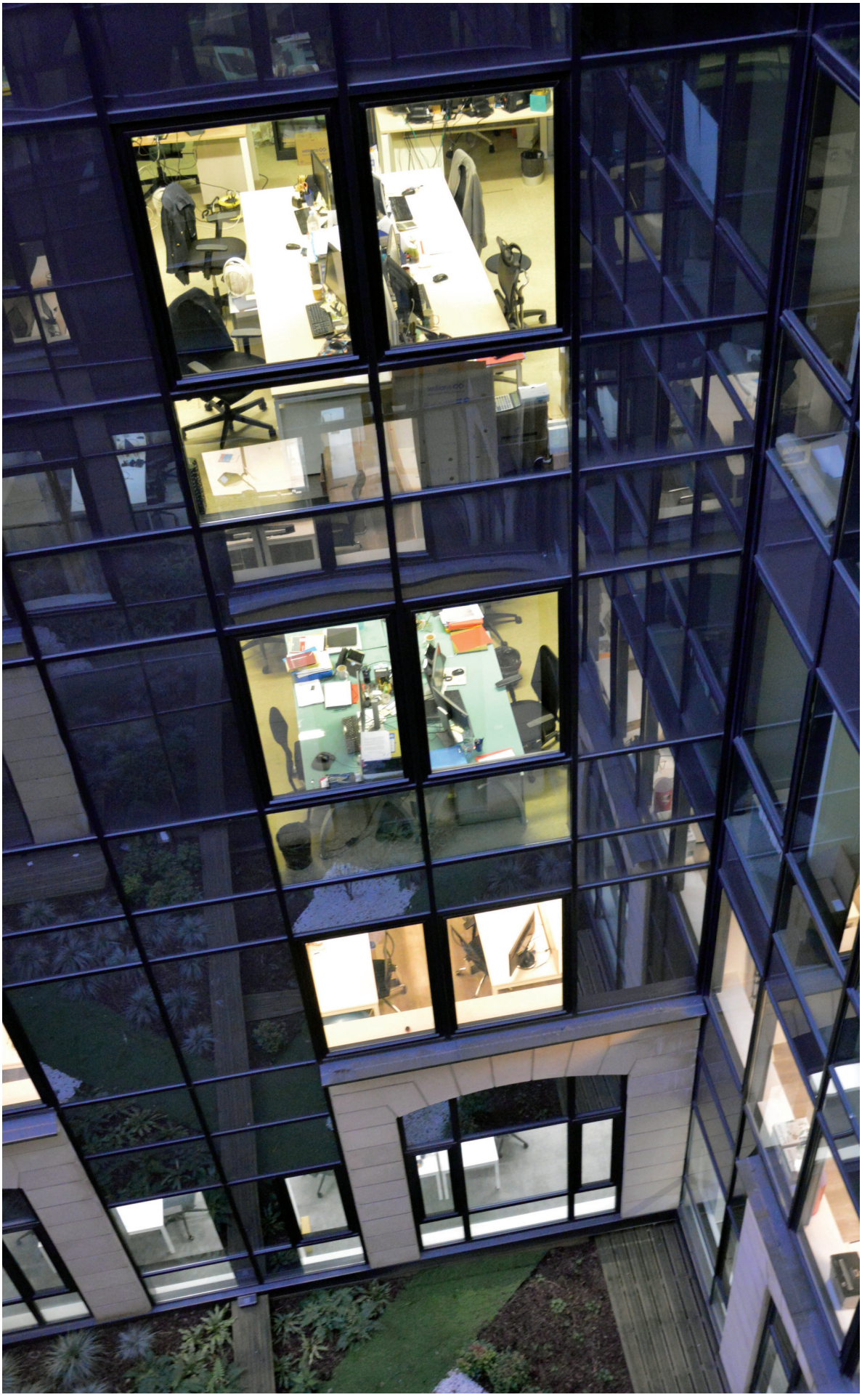
(1) Contrats « *ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage* » (article 1 de la loi Evin).
(2) Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

En l'espèce, le premier contrat d'assurance conditionnait la prise en charge de l'arrêt de travail à sa reconnaissance par le médecin conseil de l'assureur et à une baisse de revenus. Or, cette reconnaissance par le médecin conseil n'avait pas eu lieu lorsque le premier contrat était en cours, de sorte que la prestation n'était pas due ou en cours de paiement lorsque ce contrat s'est éteint.

Par conséquent, le premier assureur était fondé à refuser la prise en charge du sinistre. Dès lors, le Médiateur a invité le second assureur à prendre en charge l'arrêt de travail de l'assuré. ●

Malgré l'extinction du contrat d'assurance prévoyance, l'assureur peut être tenu de maintenir les prestations si elles sont acquises ou, *a minima*, si les conditions de la garantie sont réunies en cours de contrat.

L'existence d'un fait générateur sous l'empire de l'ancien contrat n'exclut pas nécessairement la prise en charge au titre du second contrat.



7

UN CAS À PART

DEVOIR DE CONSEIL

Rédacteur Clarisse Trillat

PROBIS PATEO*

Les juristes de LMA travaillent avec rigueur toute l'année pour répondre aux assurés sur des sujets qui abordent tous les aspects de la vie quotidienne, parfois lourds. Pour le cas de cet assuré, propriétaire d'un château, cette présentation plus souriante ne retire rien au sérieux de sa requête et de la problématique juridique soulevée : l'assureur est tenu de délivrer, en cas de visite de risque, un conseil tenant compte de la situation particulière de l'assuré (exigences, besoins) de façon à lui proposer un contrat adapté.

Acteurs
(par ordre d'apparition)
Le Voleur
Le Compère
L'Assureur
L'Expert
L'Assuré
Le Médiateur

La scène est au Château de l'Assuré.

ACTE PREMIER

Scène première

***Le Voleur** tapi dans l'ombre*
Nous voici à pied d'œuvre, en bas de ces remparts :
Si butin nous avons, ça ! Tu auras ta part !

Le Compère
La demeure est très belle et enfin je comprends
Quel fût ton intérêt à me conduire céans.
Mais enfin me diras-tu comment espérer
Sombres douves, hauts créneaux, sans encombre passer ?

Le Voleur
C'est que tu ne sais pas l'histoire...

Le Compère
Conte-la moi !

Le Voleur
Je me suis laissé dire il y a quelques mois :
Depuis cinq siècles ici jamais ne furent fermées
Les portes du logis, derrière le bouclier
De la haute muraille et de son pont-levis.

Le Compère
Eh quoi ! Aucun verrou, aucune clé, tu dis ?

Les compères se glissent vers le château.

Scène deuxième

L'Assureur
Votre avis, cher Expert, est requis en ces lieux
où en pleine journée sont entrés deux fâcheux.
L'Assuré, malheureux, invoque son contrat
Alors que je ne vois pas même un cadenas !

L'Expert
Sur la porte, en effet, nulle trace d'effraction...

L'Assureur
Mais pour indemniser c'est une condition !

L'Expert
Cependant constatez les dommages au vantail...

L'Assureur
Je vois... mais en fait de porte, c'est un portail !
Même s'il était fermé, il ne donne pas accès
Au bâtiment qui, lui, n'était pas verrouillé.

(*) Ouvert aux honnêtes gens.

ACTE DEUXIÈME

Scène première

L'Assureur

Bijoux et vieilles pièces ont été dérobés
sans mise en œuvre des moyens de protection
qui pourtant au contrat sont une condition…

L'Assuré

Eh ! Par deux fois pourtant vous m'avez visité
sans évoquer jamais la non-conformité
de l'absence de clé pour fermer le logis !

L'Assureur

Croyez que je regrette, mais votre garantie
ne saurait aujourd'hui être mobilisée.

Scène deuxième

L'Assuré

Voyez comme aujourd'hui je suis désemparé :
L'Assureur pour mon vol ne veut intervenir !

Le Médiateur

En l'absence d'effraction, il ne peut pas agir…
Mais il aurait bien dû votre attention porter
sur l'inadéquation du contrat proposé.

L'Assuré

Ce château est classé Monument Historique,
il semble dans ce cas que son risque est unique ?

Le Médiateur

En effet ! Ce que l'Assureur aurait dû voir !
Ici, de son conseil, il a été avare.
Vous avez par sa faute une chance perdue
et ainsi un contrat adapté n'avez eu.
Au devoir de conseil l'Assureur a manqué
et pour cette faute doit vous indemniser.

Recommandations du Médiateur

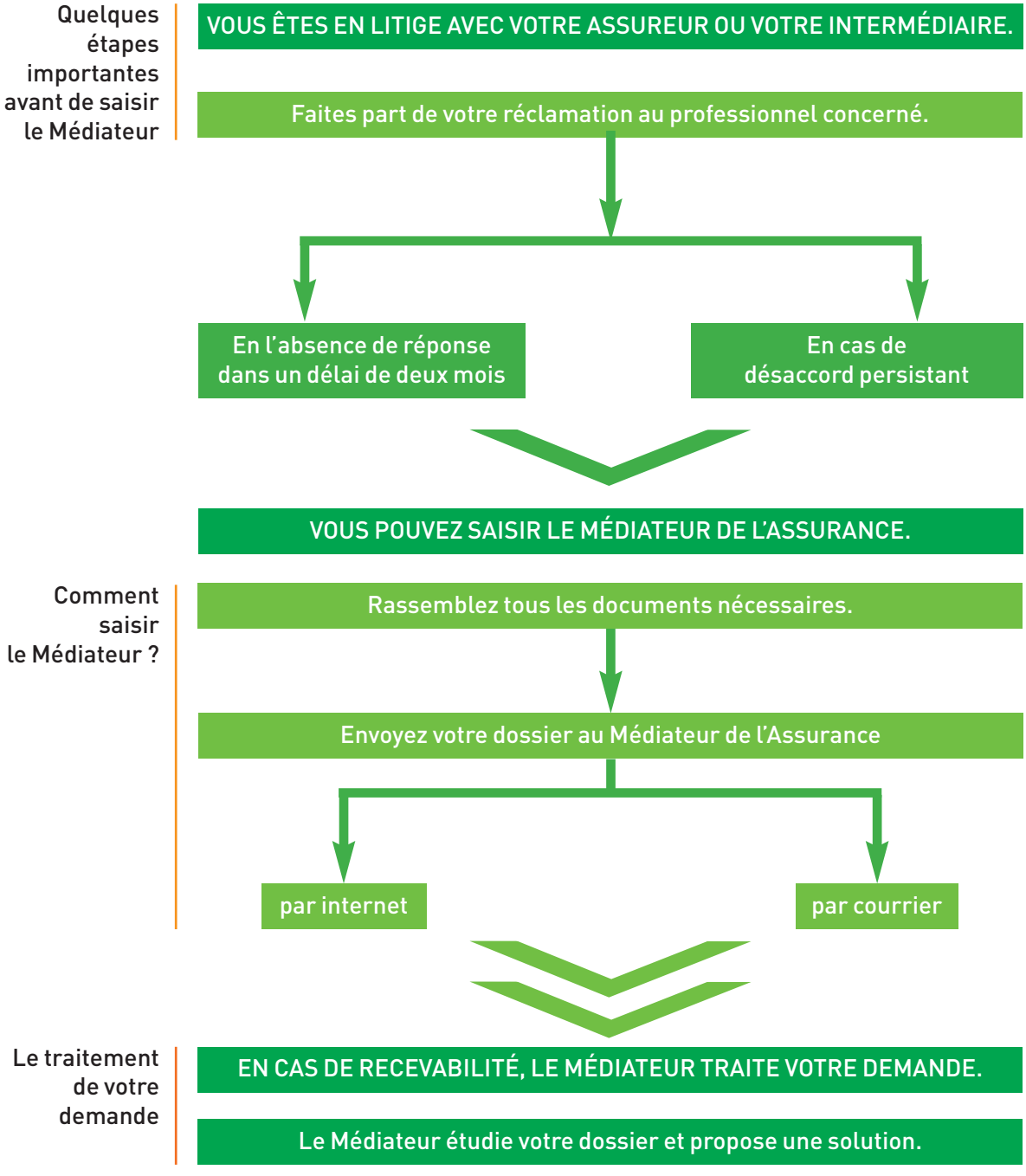
La visite de risque, réalisée de façon sporadique par l'assureur (le principe en assurance étant la déclaration spontanée de son risque par l'assuré), doit être un moyen supplémentaire à sa disposition pour s'assurer que le contrat conseillé est bien adapté à la situation particulière de l'assuré.
Si le contrat souscrit s'avère, après sa visite, inefficace en cas de sinistre, alors le manquement de l'assureur à son devoir de conseil le conduira à indemniser son assuré du préjudice directement subi c'est-à-dire la perte de chance d'avoir pu souscrire un contrat adapté à sa situation. ●

DROIT & PRATIQUE
2018
Assurances
Acteurs
Contrat
Risques des consommateurs
Risques des entreprises
L'ARCUS
LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE
Vous avez un différend avec votre assureur et le litige persiste ?
Nous pouvons vous aider.
PIÈCE CACHÉE

8

ANNEXES

LA PROCÉDURE DE MÉDIATION



COMMENT SAISIR LE MÉDIATEUR ?

FORMULAIRE DE SAISINE EN LIGNE :
formulaire.mediation-assurance.org

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

Votre saisine doit être accompagnée de documents clairs et lisibles.
Un dossier complet fera l'objet d'une étude plus rapide.
Voici ce qu'il doit comporter :

- un résumé de votre litige : les faits, le nom du professionnel d'assurance concerné, le type de contrat ainsi que vos coordonnées postales ;
- les copies des courriers de réclamation que vous avez adressés à l'assureur ou à l'intermédiaire (datant de moins d'un an) ;
- les réponses du professionnel exprimant sa position dans le litige ;
- les copies du ou des contrats concernés par votre litige.

LA CHARTE DU MÉDIATEUR DE L'ASSURANCE

PRÉAMBULE

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

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

ARTICLE 1 : LE MÉDIATEUR

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

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

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

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

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

ARTICLE 2 : LE CHAMP DE COMPÉTENCE

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

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

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

ARTICLE 3 : LA SAISINE DU MÉDIATEUR

La procédure de Médiation est écrite.

Le consommateur peut saisir le Médiateur gratuitement :

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

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

Le consommateur peut saisir le Médiateur au terme du processus de traitement des réclamations défini par chaque établissement et en tout état de cause, deux mois après sa première réclamation* écrite auprès du professionnel, qu'il ait ou non reçu de réponse de la part du professionnel.

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

ARTICLE 4 : LA PROCÉDURE

Si le Médiateur considère que certaines circonstances sont susceptibles d'affecter son indépendance ou son impartialité, il en informe les parties qui peuvent s'opposer à la poursuite de la procédure.
Le Médiateur est tenu à une obligation de confidentialité. Cette obligation ne peut être opposée à la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC) dans le cadre de ses contrôles.
La saisine préalable du Médiateur entraîne la suspension jusqu'à la signification de la solution du Médiateur de tout recours judiciaire initié par le professionnel, à l'exception des actions intentées à titre conservatoire.
À compter de la notification de la recevabilité adressée au consommateur, la prescription est suspendue ; celle-ci court à nouveau à compter de la clôture de la procédure de Médiation, pour une durée qui ne saurait être inférieure à six mois, conformément aux termes de l'article 2238 du Code civil.

ARTICLE 5 : L'ISSUE DE LA MÉDIATION

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

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

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

La Médiation prend fin lorsque :

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

ARTICLE 6 : LE RAPPORT ANNUEL

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

(*) Une réclamation est une déclaration actant le mécontentement d'un client envers un professionnel ; une demande de service ou de prestation, une demande d'information, de clarification ou une demande d'avis n'est pas une réclamation.

LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC

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

PRÉAMBULE

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

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

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

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

Le médiateur est un tiers compétent et indépendant, non impliqué dans le différend. Son éthique repose sur les valeurs portées par la présente charte. Il dispose d'une compétence sur les sujets qui lui sont confiés en médiation. Il actualise et perfectionne ses connaissances théoriques et pratiques de la médiation par une formation continue, notamment dans le cadre du Club. **Le médiateur** s'attache au respect des personnes et à leur écoute attentive afin que les parties puissent dépasser leur différend pour aboutir à une solution.

1. VALEURS DU MÉDIATEUR DU CLUB

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

L'INDÉPENDANCE

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

LA NEUTRALITÉ

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

L'IMPARTIALITÉ

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

2. PRINCIPES APPLICABLES AU PROCESSUS DE MÉDIATION

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

L'ÉQUITÉ

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

LA TRANSPARENCE

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

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

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

LA GRATUITÉ

Le recours à la médiation est gratuit pour les demandeurs.

LA CONFIDENTIALITÉ

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

L'EFFICACITÉ

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

LMA EST MEMBRE DU RÉSEAU FIN-NET

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

FIN-NET

Réseau pour la Résolution des Litiges Financiers

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

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

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

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

À l'inverse, lorsqu'un réclamant français fait part au Médiateur d'un litige avec une entreprise d'assurance régie par le droit d'un autre pays membre, la saisine sera transmise par LMA à l'organisme compétent pour qu'elle soit analysée sur la base des lois et des usages en vigueur dans le pays étranger. ●

TEXTES DE RÉFÉRENCE

CODE DE LA CONSOMMATION

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

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

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

CECMC

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

ACPR

Recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations
https://acpr.banquefrance.fr/sites/default/files/media/2022/05/17/20220517_recommandation_2022-r-01_traitement_reclamations.pdf

SITE INTERNET DE LMA

- **Saisir la médiation :**
  formulaire.mediation-assurance.org

- **Pour consulter les études de cas de LMA :**
  mediation-assurance.org/etudes-de-cas

ARTICLES DE PRESSE

- **Médiation de l'Assurance : l'expérience du «soft power»**
  Bulletin Juridique des Assurances, *novembre 2020*

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

- **« Notre indépendance et notre impartialité sont essentielles à notre crédibilité »**
  Codes courtage, *janvier 2021*

- **« Qu'est-ce que la Médiation de l'Assurance » ? Entretien avec le Médiateur, Arnaud Chneiweiss**
  Assurland, *mai 2021*

- **Clauses d'exclusion, assurance affinitaire… Les points de vigilance du Médiateur de l'Assurance**
  L'Argus de l'assurance, *août 2021*

- **La recherche de l'équité, clé de voûte de la réussite de la médiation**
  L'assurance en mouvement, *novembre 2021*

ADRESSES UTILES

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

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

- **France Assureurs**
  franceassureurs.fr

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

- **Anacofi Courtage**
  anacofi.asso.fr

- **AGEA**
  agea.fr

- **Comité consultatif du secteur financier**
  ccsfin.fr

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

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

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

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

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

Suivez-nous sur LinkedIn !

9

INDEX

A

Acceptation du bénéfice 94
Accident 4, 8, 52, 66, 71, 90, 91, 92
Affection psychique 83, 84
Affinitaire 4, 8
Aggravation du risque 65
Aide de l'État 75
Aléa 48, 83, 93
Annulation de voyage 8
Assurance professionnelle 4, 8, 60, 62, 73, 74, 75
Assurance vie 86, 87, 94, 96
Automobile 8, 52, 95, 66, 71
Avenant 8, 65, 96

B

Bénéficiaire 85, 86, 87, 94, 96

C

Capital 8, 85, 86, 87, 91, 94, 96
Catastrophe naturelle 8, 48, 62
Cause extérieure 8, 91, 92
Charge de la preuve 52, 66
Clause abusive 8, 52
Clause bénéficiaire 86, 87, 96
Clause d'exclusion 8, 52, 62, 84, 91
Condition de garantie 8, 48, 52, 60, 62, 73, 74, 92, 93, 98, 102
Contrat collectif/groupe 8, 84, 98
Courtier d'assurance 4, 8, 60, 82
Covid-19 8, 62, 75

D

Décès 85, 86, 87, 91, 94, 96, 98
Déchéance de garantie 66, 90
Déclaration de sinistre 48, 66, 76, 90
Déclaration du risque 4, 8, 64, 65, 83, 102
Défaut d'entretien 8
Définition contractuelle 4, 8, 64, 91, 92
Dégât des eaux 76
Devoir de conseil 8, 60, 62, 82, 102

E

Emprunt 8, 52, 83, 90, 93
Épidémie/pandémie 8, 62, 75
Équité 8
Exclusion 8, 52, 62, 84, 91
Expert/expertise 8, 48, 52, 66, 72, 73, 75, 84, 91, 92, 102

F

Fausse déclaration 8, 64, 66, 83

G

Garantie des Accidents de la Vie (GAV) 91
Garanties applicables 70

H

Habitation 8, 48, 60, 64, 70, 76
Hospitalisation 8, 91

I

Impayé 67
Incapacité temporaire de travail 82, 83, 84, 90, 98
Incendie 8, 48, 62, 74
Infection nosocomiale 91
Intermédiaire d'assurance 8, 60, 82
Invalidité 8, 84, 98

L

Licenciement 93
Loi Badinter 71
Loi Eckert 94
Loi Evin 98

M

Majeur protégé 82

N

Négligence 8

O

Obsèques 85

P

Pandémie v. Épidémie
Perte d'emploi 93
Pertes d'exploitation 8, 62, 74, 75
Prescription 76
Preuve 8, 52, 64, 66, 90, 94, 96
Principe indemnitaire 75

Q

Questionnaire de santé 8, 83

R

Rédaction du contrat 52
Résiliation 4, 8, 52, 67, 82, 98
Responsabilité civile 60, 71
Retraite 8
Rupture conventionnelle 93

S

Santé 8, 82, 83,91
Sécheresse 8, 48
Souscription 8, 60, 62, 64, 66, 74, 82, 85, 86, 91, 96, 102
Succession 86, 87, 96

T

Téléphonie mobile 4, 8
Testament 87, 96

V

Valeur à neuf 70
Versement des prestations 52, 84, 98
Vétusté 48, 70
Visite de risque 102
Vol 8, 73, 102
Volonté de l'assuré 70, 86, 87, 93, 94

La Médiation de l'Assurance éditeur
TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 — ISSN 2556-9457 — Juillet 2022
Photo de couverture : Le viaduc de Cize-Bolozon sur l'Ain ©Leonid Andronov *(IStock/Getty Images)*
Photos intérieures : Marthe Lemelle *(portrait de la Présidente, p.4)* / Eldee *(portraits du Médiateur, p.6 et p.8)*
Aude Picart *(toutes autres pleines pages) / Pictos et illustration "chiffres clés" p.23 :* Eficiens
Coordination éditoriale & S.R. : Clarisse Trillat *(clarisse.trillat@outlook.com)*
Conception graphique & réalisation : Yves Castelain *(yves@castel1.com)*

TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

www.mediation-assurance.org

Pédagogie
Dialogue
JUSTICE
Équilibre
Apaisement
LÉGITIMITÉ
INDÉPENDANCE
Neutralité
Gratuité
Compétence
Empathie
CONFIDENTIALITÉ
Transparence
Impartialité
Expertise
Équité
Efficacité

LA MÉDIATION
DE L'ASSURANCE