

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2023





RAPPORT D'ACTIVITÉ 2023

● Le principe indemnitaire s'applique à l'assurance de navigation de plaisance	93
● Qui perçoit l'indemnité en cas de location du véhicule avec option d'achat ?	94
● La franchise contractuelle est opposable au tiers lésé	96
● L'assureur avait trois mois pour verser l'indemnité immédiate	98
■ FICHE MÉTIER	
Karine Mespoulet-Beauves, Responsable de pôle	100
■ 6. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES	
6A. LA RELATION CONTRACTUELLE	
● La sincérité et l'exactitude des déclarations sont appréciées selon les questions posées	106
● Le courtier doit délivrer à l'assuré des informations exactes lors de la souscription	108
● L'assuré doit être informé des réserves émises à l'adhésion	110
● La modification du contrat d'assurance collectif	112
● Changer d'assurance emprunteur peut entraîner un « trou de garantie »	114
● Le montant des cotisations versées sur un contrat obsèques peut dépasser le montant du capital garanti	116
● Le dépassement du plafond légal d'un PEP a des conséquences fiscales	118
6B. LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	
● Le versement des prestations se poursuit même en cas de résiliation du contrat	122
● Le paiement des prestations ne cesse pas automatiquement en cas de cessation des garanties	123
● En cas de rechute après résiliation, les prestations de prévoyance sont maintenues	124
● L'option fiscale en cas de rachat ne peut être exercée après le règlement	126
● La saisie fiscale du contrat d'assurance vie entraîne son rachat forcé	127
● En l'absence de représentation, les enfants du bénéficiaire renonçant ne percevront pas le capital décès à sa place	128
■ FICHE MÉTIER	
Sandrine Gaston, Juriste confirmée	130
■ 7. ANNEXES	
● Une mission pédagogique	134
● La Charte du Club des médiateurs de services au public	138
● La Médiation de l'Assurance à l'international	140
● Textes de référence	141
● Adresses utiles	142
■ 8. INDEX	
	143

**Corinne DROMER**

*Présidente du conseil d'administration
de la Médiation de l'Assurance
Présidente de la Commission
consultative Épargnants
de l'Autorité des Marchés Financiers*

Le succès des dispositifs de médiation est croissant et la Médiation de l'Assurance (LMA) l'illustre bien. En effet, nous sommes désormais, au printemps 2024, sur un rythme de 34 000 saisines par an, alors que notre Médiation recevait moins de 15 000 saisines annuelles avant la crise sanitaire.

Ce succès est largement lié à l'action des pouvoirs publics, qui ont facilité le recours à la médiation en créant un dispositif souple, gratuit pour le consommateur et qui aide à désengorger les tribunaux. La médiation est également une chance, puisque le médiateur peut prendre des positions en équité, ce que ne peut pas faire un juge, strictement tenu par la règle de droit. En outre, 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.

L'actualité de la Médiation de l'Assurance, c'est l'entrée en vigueur de la réforme de la médiation et du traitement des réclamations, avec, par voie de conséquence, un accès simplifié à la médiation. Cette réforme était souhaitée par les associations de consommateurs depuis des années. Elle a été préparée en juillet 2021 par les travaux sur la médiation du Comité consultatif du secteur financier (CCSF), dont les recommandations ont été largement reprises par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC). Puis l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a modifié sa recommandation sur le traitement des réclamations, laquelle est entrée en vigueur début 2023. C'est un changement de philosophie profond puisque, désormais, l'assuré peut saisir le Médiateur deux mois après l'expression écrite d'un mécontentement. Pendant ce délai de deux mois, l'entreprise a toute liberté pour organiser le traitement de la réclamation de son client.

La Médiation de l'Assurance a eu à traiter 70 % de dossiers en plus en 2023. Je comprends qu'une période d'adaptation des assureurs et des courtiers après la mise en place de la réforme soit nécessaire, mais nous considérons que cette phase devrait maintenant être terminée. La poursuite de la nette hausse du nombre de dossiers à traiter au premier semestre 2024 indique que certains acteurs n'ont probablement

pas assez renforcé leurs services de gestion et de réclamation, afin de respecter le nouveau délai de deux mois issu de la recommandation de l'ACPR. Pour ce qui est de LMA, le conseil d'administration suit avec une grande attention, mois après mois, l'impact de cette réforme sur le volume de dossiers à traiter afin d'allouer aux équipes les moyens permettant d'y faire face.

La question des délais de réponse aux assurés est notre priorité. Face au « choc de saisines » en cours, l'enjeu est de stabiliser en 2024 le délai de réponse aux assurés. À terme, l'objectif demeure bien sûr de poursuivre la réduction de ce délai. Malgré la hausse des saisines et de leur recevabilité, nous avons fortement réduit le délai de réponse au cours des dernières années, puisque l'assuré a eu sa réponse en sept mois en moyenne en 2023 contre treize mois fin 2019. L'assuré a eu sa réponse dans les trois mois dans 48 % des cas fin 2023. Un chiffre aussi élevé n'avait jamais été atteint dans l'histoire de LMA.

Notre second objectif est de poursuivre la réalisation de gains de productivité. Ce que nous avons fait, avec notamment une modernisation de notre site internet, doté désormais d'un espace réclamant, si bien que début 2024, 60 % des saisines passent par le canal internet contre 25 % en 2019. Par ailleurs, je rends hommage aux équipes qui se sont mobilisées pour faire face à la hausse du nombre de dossiers à traiter, ont accru leur productivité et travaillent à des propositions de solution plus courtes et plus pédagogiques face à la complexité des contrats.

Les constats de LMA en 2023 ont été le point de départ de travaux, notamment dans le cadre du CCSF, qui se sont traduits par des avancées importantes pour les consommateurs. Ils ont ainsi conduit à la publication, début 2023, d'un Avis du CCSF à propos des assurances affinitaires, visant à une meilleure information du consommateur sur ces assurances et à un assainissement des pratiques de rémunération des vendeurs. Les messages répétés du Médiateur à propos des clauses d'exclusion condamnées par la Cour de cassation qui doivent disparaître des contrats d'assurance ont également conduit la plupart des acteurs à évoluer et l'ACPR à se mobiliser sur ce sujet en rappelant l'autorité de la chose jugée. Voilà des progrès concrets qui sont issus, entre autres, des observations faites par l'équipe de LMA.

Par ailleurs, notre Médiateur a appelé la profession de l'assurance à progresser dans la clarté des contrats. Les définitions parfois très restrictives de ce qu'est un « accident » ou une « invalidité » sont souvent causes d'incompréhension et de frustration chez les assurés, ce qui n'est bon pour personne.

Un nouveau signe de l'importance prise par LMA dans le paysage assurantiel est que l'on se tourne désormais volontiers vers notre médiation pour lui confier de nouvelles missions. Au cœur de la crise de la covid-19, un accord avait été trouvé entre le ministre de l'Économie et des Finances et la profession de l'assurance pour que notre médiation puisse se saisir des litiges des PME. En septembre 2023, un autre accord a été trouvé pour que les communes puissent se tourner vers la Médiation de l'Assurance dans leurs litiges avec leur assureur à la suite d'un sinistre.

Je félicite enfin notre Médiateur, Arnaud Chneiweiss, pour son élection début 2024 à la Présidence du Club des médiateurs de services au public, association qui regroupe médiateurs de la consommation et médiateurs institutionnels. C'est une reconnaissance pour lui à titre personnel, mais aussi pour la Médiation de l'Assurance, considérée par ses pairs comme une référence digne de représenter les médiations auprès des pouvoirs publics et des consommateurs.

Au nom de l'ensemble de notre conseil, je remercie vivement notre Médiateur ainsi que toute son équipe pour la qualité de leurs travaux, pour l'attention qu'ils portent à chacune des demandes qui leur sont soumises et pour leur engagement sans faille au service de l'intérêt général. ■





LE MOT DU MÉDIATEUR





Arnaud CHNEIWEISS
Le Médiateur de l'Assurance

RECORD HISTORIQUE DE SAISINES DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

« Ceux qui vivent sont ceux qui luttent. »
Victor Hugo

L'événement de 2023, c'est le « choc des saisines ». Au printemps 2024, nous sommes sur un rythme de 34 000 saisines par an. Quand j'ai pris mes fonctions il y a quatre ans, c'était 15 000. Ajoutons à cela une nette progression du taux de recevabilité en 2023, si bien que nous avons eu 70 % de dossiers à traiter en plus par rapport à l'année précédente !

Certes, ces saisines ne sont pas toutes recevables⁽¹⁾, ni toutes fondées⁽²⁾.

Elles donnent toutefois une bonne idée des reproches adressés par la population au secteur de l'assurance, en gardant à l'esprit que, par définition, nous ne voyons à la Médiation de l'Assurance (LMA) que « les trains qui déraillent », en tout cas les difficultés dans la relation client, pas les situations où tout se passe bien⁽³⁾.

Comment expliquer une aussi forte progression ? Il y a sans doute une série de facteurs. J'en retiens cinq :

- 1. Depuis 2019, **pour les litiges inférieurs à 5 000 euros**, il faut d'abord tenter une médiation ou une conciliation avant d'aller en justice⁽⁴⁾. Le but est de désengorger les tribunaux des affaires les plus « petites » – le ministère de la Justice réfléchirait d'ailleurs à accroître ce seuil à 10 000 euros. Tous les médiateurs ont vu en conséquence leur activité augmenter ;
- 2. D'autant plus que, comme pour tout médiateur de la consommation, **nous saisir est gratuit** pour l'assuré⁽⁵⁾, et que nous

⁽¹⁾ Nous ne traitons que les litiges portant sur l'application du contrat d'assurance.

⁽²⁾ En nous saisissant, les assurés ont cependant obtenu gain de cause, en tout ou partie, dans 53 % des cas, chiffre le plus élevé de notre jeune Histoire.

⁽³⁾ Ce volume des litiges qui remontent jusqu'à nous peut être relativisé en notant que les assureurs ont réglé, en 2022, 13,9 millions de sinistres rien qu'en assurance de dommages (cf. Rapport annuel 2022 de France Assureurs).

⁽⁴⁾ Dans sa dernière version : décret n° 2023-357 du 11 mai 2023 relatif à la tentative préalable obligatoire de médiation, de conciliation ou de procédure participative en matière civile.

⁽⁵⁾ Ne recevant aucune subvention publique, notre budget est intégralement financé par les professionnels, c'est-à-dire les assureurs et les courtiers.

sommes facilement accessibles par internet, canal par lequel nous parvenons, au début de l'année 2024, plus de 60 % de nos saisines ;

- 3. **Les assurés sont mieux informés de leurs droits.**

Outre les efforts de communication et de pédagogie de la Médiation de l'Assurance, le fait marquant de l'année est **l'entrée en vigueur, au 1^{er} janvier 2023, de la recommandation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sur le traitement des réclamations⁽⁶⁾**. Désormais, les assureurs ont un délai réduit à deux mois pour répondre au mécontentement exprimé par écrit par leurs assurés ; et ils doivent, dès l'accusé de réception de la réclamation, rappeler les coordonnées de la Médiation de l'Assurance, afin que l'assuré puisse nous saisir, s'il le souhaite, à la suite de leur réponse. Il ne fait aucun doute que ce rappel de notre existence et de la manière de nous saisir à ce point du processus de réclamation a conduit à une forte hausse des saisines.

Je considère que tous les assureurs n'ont pas pris la mesure de cette réforme. Certains ont renforcé leurs services de gestion et de réclamation, d'autres ne donnent pas cette impression. Trop de dossiers remontent à la Médiation de l'Assurance alors qu'ils auraient dû être traités plus tôt. Le fait que, dans 30 % des cas, lorsque nous sommes valablement saisis, les assureurs « rattrapent le dossier » en proposant rapidement, *via* notre intermédiaire, une transaction amiable montre que la gestion des sinistres et des réclamations est encore souvent perfectible ;

- 4. **Les difficultés de pouvoir d'achat** : le choc de saisines que nous connaissons est avant tout concentré sur les assurances dommages (automobile, habitation, assurances affinitaires...), c'est-à-dire des assurances du quotidien ;
- 5. Enfin, chacun peut constater que la société française est malheureusement de plus en plus une **société de défiance⁽⁷⁾**.

Un nombre croissant d'assurés souhaitent que la parole de leur assureur, quand il refuse de délivrer sa garantie ou qu'il annonce un certain montant d'indemnisation notamment, soit vérifiée par un tiers de confiance.

LA SOCIÉTÉ DE DÉFIANCE

Pour des développements plus détaillés sur ce thème, je renvoie le lecteur à l'étude que j'ai publiée en juillet 2023 à la Fondation pour l'innovation politique (Fondapol)⁽⁸⁾.

⁽⁶⁾ ACPR, Recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations.

⁽⁷⁾ Je renvoie sur ce point aux enquêtes du Cevipof : *Baromètre de la confiance politique 2024*.

⁽⁸⁾ *La défiance vue par le prisme du Médiateur de l'Assurance*, Arnaud Chneiweiss, Fondapol, juillet 2023.

A. LA DÉFIANCE ENVERS LES EXPERTS

Les recommandations formulées dans le rapport de l'an passé⁽⁹⁾ demeurent. Des progrès doivent avoir lieu sur les sujets suivants :

- 1. Les conclusions de l'expert missionné par l'assureur doivent toujours être transmises à l'assuré⁽¹⁰⁾. C'est une question de **transparence** ;
- 2. Les assurés doivent être rassurés, d'une façon ou d'une autre, sur **l'indépendance des experts** vis-à-vis des assureurs qui les ont missionnés pour analyser les causes et l'ampleur d'un sinistre ;
- 3. **Les délais d'intervention des experts devraient être encadrés**. Il serait raisonnable que la **désignation** de l'expert, lorsqu'elle est nécessaire, ait lieu dans les **quinze jours** à compter de la déclaration de sinistre. Un délai raisonnable devrait également être fixé pour la conduite de l'expertise et la remise du rapport, par exemple trois mois à compter de la désignation, avec une possibilité de prolongation pour une nouvelle période de trois mois après information des parties ;
- 4. **Enfin, il est souhaitable de renforcer les règles professionnelles et déontologiques** entourant le métier d'expert, tout particulièrement dans le cas des experts d'assuré où nous savons qu'il existe des gens très compétents et d'autres qui s'improvisent « expert » au moment d'une catastrophe naturelle – en matière d'assurance habitation, aucune condition de diplôme ou d'expérience n'est exigée pour se proclamer « expert d'assuré ».

B. LA DÉFIANCE ENVERS L'ASSUREUR

Le volume sans précédent de saisines reçues par LMA en 2023, et qui sera sans doute nettement dépassé en 2024⁽¹¹⁾, montre que **la défiance s'exprime envers l'assureur lui-même**.

Comme le montrent depuis des années les enquêtes d'opinion citées, les Français se défient des grandes institutions et souhaitent davantage faire valoir leurs droits de consommateurs, mieux affirmés par les pouvoirs publics, et ceci en une période de difficulté de pouvoir d'achat.

La Médiation de l'Assurance joue alors un rôle utile de tiers de confiance, par exemple en vérifiant si l'assureur a versé les capitaux décès aux bons destinataires, comme indiqué par la clause bénéficiaire – dont la compréhension est parfois ardue, selon la manière dont l'assuré s'est exprimé au moment de sa rédaction –, en vérifiant le calcul de l'indemnité versée ou en expliquant pourquoi le contrat d'assurance ne peut être mis en œuvre faute d'une garantie appropriée.

⁽⁹⁾ Rapport d'activité 2022 de la Médiation de l'Assurance, p. 8-9 et 52 à 56.

⁽¹⁰⁾ Conformément à un engagement déontologique pris par la profession de l'assurance dans le cadre du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) en 2005.

⁽¹¹⁾ Au printemps 2024, la hausse des saisines sur un an est de 25 %.

Quand la Médiation de l'Assurance va au bout de l'analyse d'un litige en exprimant une « proposition de solution », selon le vocabulaire utilisé par le Code de la consommation, c'est-à-dire en donnant notre position, nous allons dans le sens de l'assuré, en tout ou partie, dans environ 32 % des cas – 28 % en droit et 4 % en équité –, et confirmons donc que l'assureur a correctement appliqué le contrat dans 68 % des cas⁽¹²⁾.

Si l'on ajoute les situations où, dès que LMA a été saisie, l'assureur a réagi en transmettant une proposition de règlement amiable, **l'assuré a obtenu gain de cause dans 53 % des cas, en tout ou partie, lorsqu'il a saisi la Médiation de l'Assurance de son litige**.

Renouer un lien de confiance fort avec les Français sur le fait que les contrats d'assurance sont clairs et bien appliqués doit bien sûr être une priorité du secteur, qui passe par la qualité du conseil lors de la souscription et tout au long de la vie du contrat, la clarté dans la rédaction du contrat et l'empathie dans les explications au moment du sinistre, ce qui suppose des services de gestion compétents, étoffés, ayant la capacité de prendre des décisions commerciales.

DES PROGRÈS NÉCESSAIRES

De même que les paranoïaques peuvent avoir de vrais ennemis, **cette défiance des Français est parfois justifiée**. Voici trois types de sujets sur lesquels nous pouvons progresser collectivement.

A. LES ASSURANCES AFFINITAIRES

On utilise cette expression pour parler des assurances vendues en même temps qu'un bien ou un service, et qui en constituent le prolongement. Trois types de contrats sont essentiellement concernés dans les litiges soumis à LMA : les assurances de téléphone portable, les assurances annulation de voyage et les assurances liées à la carte bancaire.

Ces assurances ont représenté un volume de contestation sans précédent en 2023 : 21 % des saisines en assurance dommages, elles-mêmes en forte hausse.

Selon le type d'assurance, les incompréhensions et protestations ne portent pas sur les mêmes sujets. Elles ont un point commun néanmoins : la question de leur utilité pour l'assuré.

⁽¹²⁾ La Médiation de l'Assurance a exprimé 4 840 « positions » en 2023. Quand nous allons dans le sens de l'assuré (32 % des cas), nous sommes quasi systématiquement suivis par l'assureur ou le courtier, ce qui est le signe à la fois de la discipline de la profession, que je remercie pour cela, et de la qualité de la production de LMA.

Au sein des superviseurs du monde de l'assurance, EIOPA⁽¹³⁾ en Europe, ACPR en France, se développe le concept de rapport qualité/prix⁽¹⁴⁾. **Les assureurs doivent veiller à ce que leurs produits aient bien une utilité pour leurs assurés.** Dans le cadre du devoir de conseil à la souscription, ils doivent attirer l'attention des assurés sur le caractère limité de leurs garanties si tel est le cas.

Je cite le vice-président de l'ACPR, Jean-Paul Faugère, qui a déclaré lors d'une conférence de l'ACPR consacrée à la protection de la clientèle le 6 mars 2024 : « Lorsqu'une catégorie de polices n'est associée qu'à très peu de sinistres, que le rapport sinistre à primes est très faible, comme on l'observe pour certains produits, avec des taux de 5 à 20 %, on ne peut éviter la question de la légitimité de certaines garanties ».

❑ 1. POUR CE QUI EST DES ASSURANCES DE TÉLÉPHONE PORTABLE

La période récente, et notamment l'année 2023, a été spectaculaire quant à la volonté de moralisation et d'assainissement du secteur.

En avril 2023, l'ACPR a prononcé à l'égard du courtier SFAM (marques Indexia, Celside, Hubsid...) une mesure d'interdiction temporaire d'exercice de l'activité de distribution de contrats d'assurance. Cette décision forte a sans doute marqué « le début de la fin » de cet acteur sulfureux, mis en liquidation judiciaire par le tribunal de commerce de Paris le 24 avril 2024⁽¹⁵⁾.

La médiatisation de l'affaire SFAM a probablement conduit de nombreux assurés à se tourner vers nous pour tenter d'obtenir des remboursements pour des assurances ou des garanties additionnelles non souhaitées, si bien que **nous avons reçu 2 115 saisines relatives à un litige concernant les assurances de téléphone portable en 2023, record historique.**

La décision de l'ACPR à propos de SFAM au printemps 2023, qui je l'espère dissuadera tout autre acteur de suivre son mauvais chemin, représente le point culminant d'une série de mesures.

En 2022, la Direction générale de la concurrence et de la répression des fraudes (DGCCRF) du ministère de l'Économie et des Finances avait engagé des poursuites contre la SFAM, et les associations de consommateurs dénonçaient de façon régulière certaines mauvaises pratiques⁽¹⁶⁾.

Heureusement, sous l'impulsion du Comité consultatif du secteur

En 2023, 1 252 saisines concernaient SFAM.

La complexité de ces dossiers reposait principalement sur l'absence de recueil du consentement, la multiplicité confusante des offres de bienvenue, des conditions d'octroi des garanties peu claires et l'opacité des prélèvements bancaires.

Dans la majorité des cas, le dossier était irrecevable en l'absence de litige, SFAM reconnaissant devoir indemniser l'assuré de sommes allant de 15,99 euros à 5 000 euros. Nous avons cependant bien sûr rappelé à SFAM ses engagements auprès de ses assurés.

De nombreuses réclamations, relatives à des prestations de services adjointes lors de la souscription (pack informatique, pack essentiel...) et ne correspondant pas à l'activité d'assurance, n'ont pu être étudiées. Seuls les griefs portant sur des prélèvements liés à la souscription d'un contrat d'assurance peuvent faire l'objet d'une analyse au sein de nos services.

Nous avons effectué des démarches auprès des porteurs de risques afin de trouver un accord amiable et d'apporter une solution dans ces dossiers. Par la suite, en février 2024, l'ACPR a demandé expressément à l'entreprise d'assurance MMA de reprendre dès que possible, à la place de SFAM, la gestion des réclamations et des sinistres, et d'y faire droit le cas échéant. Une petite centaine de dossiers a ainsi été transférée aux MMA pour traitement.

financier (CCSF), présidé à l'époque par Corinne Dromer, comité qui rassemble toutes les parties prenantes (professionnels, consommateurs, pouvoirs publics...), et à partir des constats faits, entre autres, par la Médiation de l'Assurance, des avancées ont eu lieu depuis deux ans. D'abord avec l'adoption d'un premier Avis, le 29 avril 2022, qui a décidé de l'extension du délai de renonciation au contrat, le faisant passer de quatorze à trente jours, d'une part ; et faisant partir ce délai seulement à compter du paiement de la première prime en cas de période de gratuité, d'autre part.

Cette idée d'extension du délai de rétractation, afin de vérifier le consentement du consommateur, est apparue tellement pertinente que le législateur l'a reprise dans la loi dite « pouvoir d'achat » du 16 août 2022⁽¹⁷⁾.

⁽¹³⁾ European Insurance and Occupational Pensions Authority (en Français : Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles).

⁽¹⁴⁾ « Value for money » : cf. « Consultation on the Methodology on Value for Money Benchmarks », EIOPA, 15 décembre 2023.

⁽¹⁵⁾ « Affaire SFAM : le parquet de Paris demande la liquidation du groupe Indexia », Les Echos, 7 mai 2024.

⁽¹⁶⁾ « Chez SFR, des clients assurés malgré eux », 60 millions de consommateurs, 8 septembre 2021.

⁽¹⁷⁾ Loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat (JO, 17 août 2022).

De nouvelles avancées ont eu lieu dans le cadre du CCSF, avec un second Avis publié le 24 janvier 2023. Ce dernier vise à améliorer fortement :

- la bonne information du consommateur, par un récapitulatif annuel des caractéristiques de son contrat et des modalités possibles de résiliation ;
- les pratiques commerciales, avec un avertissement sur le fait que les rémunérations variables, touchées par les vendeurs quand ils placent ces produits, ne doivent pas fausser l'information et le conseil, et ne doivent pas être versées avant la vente rémunérée.

Cet Avis est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2024, et il a été convenu qu'un bilan de son application effective serait effectué un an plus tard.

Les mauvaises pratiques en matière de vente d'assurance de téléphone portable ont nui à la réputation des « assurances affinitaires », et plus généralement à toute la profession de l'assurance tant ces sujets concernent le grand public.

□ 2. POUR CE QUI EST DES ASSURANCES ANNULATION DE VOYAGE

Elles ont représenté 5 % des saisines en assurance dommages.

La cause du mécontentement des assurés est différente. Ici, ils ne contestent pas avoir souhaité souscrire une assurance au moment de l'achat de leur billet, souvent peu chère (quelques euros pour un billet de train, quelques dizaines d'euros pour un billet d'avion). Ils protestent devant le **caractère très limité des garanties**, dont ils ne prennent conscience que lorsque le sinistre s'est réalisé.

Un cas typique : la garantie annulation de voyage ne sera délivrée qu'en cas d'hospitalisation, parfois d'au moins trois jours, couplée à une prescription médicale. Ainsi, si un assuré a eu la covid-19, ce qui l'a empêché de prendre l'avion, mais que la forme banale dont il a été atteint n'a pas conduit à une hospitalisation, même avec un certificat médical confirmant la pathologie au moment du départ, l'assureur sera en droit de refuser de délivrer sa garantie.

Bien sûr, l'assuré est censé lire attentivement son contrat d'assurance avant de le souscrire. De même, il ne peut y avoir de miracle économique, obtenir pour quelques dizaines d'euros seulement une assurance couvrant largement un voyage dont le coût est en milliers d'euros. Nous voyons cependant de nombreuses situations à la Médiation de l'Assurance, où nous comprenons la surprise de l'assuré qui découvre le caractère très limité des garanties souscrites.

□ 3. LES ASSURANCES LIÉES À LA CARTE BANCAIRE

Elles ont représenté 4 % des saisines de LMA en assurance dommages. Ici, la problématique est encore différente : **c'est la question de la transparence quant aux garanties liées à la carte bancaire qui est posée**. De quelles garanties disposons-nous quand nous avons une carte de crédit, en particulier de type « gold » ? Assurance perte de clé, assistance juridique, assurance annulation de voyage, assurance location de voiture ?

Ces assurances adossées à une carte bancaire font le plus souvent partie de l'offre de carte bancaire sans pouvoir en être déliées. Elles s'apparentent donc à des **ventes liées**, qui ne sont pas illicites à moins qu'elles ne constituent des pratiques commerciales déloyales (article L.121-1 du Code de la consommation).

Toutefois, ce lien entre le service directement recherché, la carte bancaire, et le service qui lui est associé, une assurance, pour lequel le client paiera une prime incluse dans le tarif de la carte bancaire, justifie une vigilance accrue à l'égard du processus de commercialisation.

Pour protéger les clients, il faut les informer. D'où une attention particulière à porter à l'information du client en matière d'assurance de cartes bancaires.

Dans la phase précontractuelle, l'attention du client doit être attirée sur l'existence de l'assurance et sur son contenu.

Dans la phase contractuelle, les assurances liées sont souvent oubliées par l'utilisateur de la carte bancaire. À l'instar de l'information annuelle sur les tarifs bancaires, les garanties d'assurance prévues avec les instruments de paiement devraient être rappelées et leur tarif mentionné, de même pour les modifications de garanties de l'assurance de groupe ainsi que les modifications de tarifs.

S'il semble difficile d'imposer aux établissements de crédit de rappeler le contenu de toutes les garanties (définitions et exclusions), il serait souhaitable de leur demander un rappel annuel de l'existence du contrat avec une liste des garanties et un renvoi vers un site internet où figureraient les définitions et exclusions.

C'est la banque qui a souscrit ces assurances pour le compte de ses clients. Il lui revient de les informer en toute transparence, avec un rappel annuel, des principales caractéristiques des assurances liées à la carte bancaire.

À la Médiation de l'Assurance, nous voyons régulièrement le cas d'assurés ayant eu un accident de voiture pendant leurs vacances, aux États-Unis par exemple, où ils ont loué un 4x4 ou une Jeep. Ils découvrent au moment du sinistre que ce type de véhicules est exclu de la garantie. Leur a-t-on clairement communiqué les assurances liées à leur carte bancaire ? Y a-t-il eu un rappel annuel ?

Des progrès sont clairement possibles en la matière selon les axes exposés ci-dessus.

B. DES CLAUSES D'EXCLUSION ILLÉGALES ENCORE DANS LES CONTRATS⁽¹⁸⁾

Autre sujet de nature à alimenter la défiance du public : j'ai constaté en prenant mes fonctions il y a quatre ans que les décisions de la Cour de cassation ne conduisaient pas toujours les assureurs à modifier leurs nouveaux contrats. Je parle ici des clauses d'exclusion floues condamnées de longue date par la plus haute instance judiciaire du pays sur le « défaut d'entretien » de l'habitation, la « négligence » ayant facilité un sinistre, la maison qui doit être construite selon les « règles de l'art ». En assurance de personnes, il s'agit des « troubles psychiques » ou de tout « autre mal de dos », notions que la Cour de cassation a estimées vagues et en cela contraires à la loi, qui demande que ces clauses soient précises, « formelles et limitées ».

Je dénonce cette situation depuis quatre ans et suis heureux de voir que la plupart des acteurs ont décidé depuis 2022 de modifier leurs pratiques et de faire disparaître ces clauses de leurs contrats. Je comprends les intentions de responsabiliser l'assuré en le rendant acteur de la prévention du risque et je m'associe à la volonté de lutter contre la fraude. Mais ces buts louables ne peuvent être poursuivis en utilisant des clauses déclarées illégales par la plus haute juridiction du pays.

Outre mes appels à se mettre en conformité, le durcissement de la jurisprudence de la Cour de cassation par une décision du 17 juin 2021, commentée dans son rapport annuel publié en 2022, a sans aucun doute joué un rôle décisif⁽¹⁹⁾.

La plupart des acteurs m'ont indiqué leur volonté de faire évoluer leurs contrats en faisant disparaître ces clauses d'exclusion floues. Ayant cependant encore entendu quelques réticences chez certains, y compris récemment, j'appelle l'ensemble du secteur à se mettre en conformité dans les meilleurs délais, à la fois pour son image – le respect du droit –

et pour son potentiel impact économique en vertu de la nouvelle jurisprudence de la Cour de cassation.

Je suis très heureux que l'ACPR se soit également emparée du sujet en 2023 et ait rappelé au secteur qu'il convient de respecter l'autorité de la chose jugée.

ENCADRER LES DÉLAIS D'INDEMNISATION

Lorsque le sinistre survient, l'assuré subit le dommage, il est vulnérable. Bien plus encore que dans la phase de conclusion du contrat d'assurance où il ne souffre « que » d'un manque de connaissances et de compétences en matière d'assurance, il a besoin d'être protégé dans la phase de règlement de son sinistre, car l'atteinte patrimoniale ou corporelle provoquée par la réalisation du risque le fragilise.

Pourtant, le droit français⁽²⁰⁾ ignore la phase de règlement du sinistre, excepté pour quelques régimes spéciaux (assurance automobile, catastrophes naturelles, construction, en particulier).

Il n'y a rien, dans le droit commun du contrat d'assurance, entre l'obligation pour l'assuré de déclarer le sinistre⁽²¹⁾ et l'obligation pour l'assureur d'exécuter la prestation déterminée par le contrat⁽²²⁾.

Au moment décisif où l'obligation de couverture mute en obligation de paiement, aucune règle ne gouverne l'indemnisation des sinistres. Il y a seulement un renvoi au contrat, pour le délai de déclaration de sinistre (bien qu'existe un délai minimal légal de cinq jours ouvrés) et le délai de paiement de l'indemnité d'assurance. En outre, ce cadre légal minimaliste se montre particulièrement rigoureux à l'égard de l'assuré qui peut perdre son droit à indemnisation en cas de retard dans la déclaration de sinistre, tandis que pour le retard du paiement de l'indemnité, l'assureur ne devra s'acquitter que d'intérêts au taux légal à partir de la mise en demeure de paiement.

Je cite un spécialiste du droit des assurances : « Le contraste est assez saisissant : d'un côté (celui du souscripteur, partie réputée faible), la discipline contraignante de la mutualité ; de l'autre (celui de l'assureur, partie réputée forte), le parfum de la liberté contractuelle »⁽²³⁾.

Au-delà de ce cadre légal, entre la déclaration de sinistre, acte inaugural du règlement de sinistre, et le paiement de l'indemnité, acte de

⁽¹⁸⁾ Le lecteur aura une excellente compréhension du problème en lisant le *Cahier de la Médiation de l'Assurance consacré à ce sujet*, publié en février 2023.

⁽¹⁹⁾ Cass. 2^e Civ., 17 juin 2021, pourvoi n° 19-24.467, publié au Bulletin.

⁽²⁰⁾ A. Pélissier, *La mise en œuvre de la garantie*, Actes du colloque « La garantie d'assurance », Resp. civ. et ass. 2016, dossier 27.

⁽²¹⁾ Article L.113-2 4° du Code des assurances.

⁽²²⁾ Article L.113-5 du Code des assurances.

⁽²³⁾ F. Leduc, *Traité du contrat d'assurance terrestre* (ss dir.) H. Groutel : Litec, 2008, n° 877.

clôture, aucun texte ne gouverne, ni même ne mentionne, les différentes phases du règlement du sinistre : la mise en état du dossier, l'évaluation des dommages, la proposition d'indemnisation, l'accord d'indemnisation. Aucun texte ne prépare, n'encadre, ni ne protège. L'assureur est le maître du règlement du sinistre.

À l'occasion des catastrophes naturelles nombreuses connues par notre pays ces derniers mois, l'idée a progressé chez certains responsables politiques de mieux encadrer les délais d'indemnisation.

À cet effet, le projet de loi de simplification de la vie économique porté par le ministre de l'Économie et des Finances propose, dans son article 14, 2°, d'ajouter un article aux dispositions générales applicables aux assurances de dommages, encadrant le délai dans lequel l'assureur doit transmettre sa décision sur la délivrance de la garantie à l'assuré. Le texte invite à distinguer deux hypothèses, selon qu'un expert a ou non été désigné.

Si un expert a été désigné, la décision de l'assureur (une proposition d'indemnisation ou de réparation en nature, ou un refus motivé) doit être formulée dans les six mois à compter de la déclaration du sinistre.

Toutefois, si les causes du sinistre ou l'évaluation des dommages n'ont pu être établies dans ce délai, soit l'assureur adresse une proposition d'acompte motivée, soit il notifie sa décision motivée de ne pas accorder d'acompte.

S'il n'y a pas eu désignation d'expert, la décision de l'assureur doit être formulée dans un délai de deux mois à compter de la déclaration de sinistre.

La disposition encadre ensuite le temps du règlement de l'indemnité ou de la provision pour le renvoyer sur un décret en Conseil d'État. Ce projet va dans le bon sens. Mais cette disposition est-elle suffisante pour retrouver la confiance des assurés dont je parlais plus haut ? Il demeure une incertitude et un oubli. L'incertitude, c'est que trop de précisions sont renvoyées à un décret en Conseil d'État – et non des moindres : situations particulières permettant à l'assureur de ne pas respecter le délai de six ou deux mois, délai de versement de l'indemnité d'assurance. L'oubli, c'est que le temps de l'expertise n'est pas encadré.

Sur le modèle des régimes spéciaux qui régissent le règlement des sinistres et en les complétant, je propose de distinguer trois temps : celui de la gestion de sinistre, celui de la décision de l'assureur, puis celui du paiement de l'indemnité.

1. LE TEMPS DE LA GESTION DU SINISTRE

Il pourrait être judicieux de prévoir des avances enfermées dans un délai (a), puis d'encadrer le temps de l'expertise (b).

a) Le délai des avances

Il est nécessaire que des avances soient versées rapidement, en particulier pour les sinistres simples, pour lesquels l'assureur ne juge pas nécessaire de désigner un expert.

Dans ce cas, **un délai de trente jours, à compter de la réception des documents sollicités par l'assureur dans un accusé de réception de la déclaration de sinistre (à prévoir également)**, semble raisonnable. L'assureur peut alors proposer, soit une avance si l'instruction du sinistre n'est pas achevée, soit directement un montant d'indemnisation.

Dans le cas où l'assureur est certain qu'il va opposer un refus de garantie, il doit formuler ce refus, de façon motivée, dans un délai de trente jours.

b) Les délais de l'expertise

Décision de désignation d'expert : elle devrait être prise par l'assureur dans les quinze jours à compter de la déclaration de sinistre.

Remise du rapport : en matière d'assurance automobile, l'expert médical a vingt jours pour rendre son rapport ; en assurance incendie, l'expert a trois mois à compter de la remise de l'état des pertes. Un délai de trois ou six mois, prorogeable en cas de complexité de l'évaluation ou de force majeure, pourrait être décidé.

2. LE TEMPS DE LA DÉCISION

Il convient de fixer un délai général dans lequel l'assureur a l'obligation de se prononcer sur l'acquisition de la garantie et, si elle est acquise, sur le montant de l'indemnisation.

Sur le principe de la garantie, le délai de trente jours évoqué plus haut semble suffisant lorsque l'assureur refuse sa garantie. À l'inverse, il peut lui falloir plus de temps pour se prononcer de façon définitive sur l'acquisition de la garantie, notamment s'il a besoin du rapport d'expertise pour cela. Le système pourrait être le suivant :

- Jour J : l'assuré déclare son sinistre ;
- Dans un délai de quinze jours, l'assureur doit lui adresser un accusé de réception mentionnant les pièces à transmettre pour la gestion du sinistre ;
- Dans le même délai et donc dans le même document, l'assureur

- informe l'assuré de sa décision de nommer ou non un expert ;
- Dans un délai de trente jours à compter de la réception des pièces justificatives :
 - soit l'assureur refuse sa garantie ;
 - soit il verse une avance sur la base des justificatifs adressés par l'assuré ;
- S'il n'y a pas eu désignation d'un expert, l'assureur doit formuler sa proposition d'indemnisation au plus tard dans un délai de deux mois à compter de la réception des pièces ;
- S'il y a eu désignation d'un expert, celui-ci doit rendre son rapport dans les trois mois à compter de sa désignation (ou six mois si circonstances exceptionnelles) ;
- À compter de la remise du rapport, l'assureur a quinze jours pour donner sa décision sur la garantie et, si elle est acquise, formuler une proposition d'indemnisation.

□ 3. LE TEMPS DU PAIEMENT

Une fois l'accord des parties constaté sur le montant de l'indemnisation, l'assureur devrait la verser dans les quinze jours.

Un tel encadrement des délais d'instruction et d'indemnisation serait, je le crois, de nature à rassurer les assurés sur la bonne gestion de leur sinistre et à rendre la relation entre assurés et assureurs plus confiante et apaisée.

CONCLUSION : LA MÉDIATION, SOUPE DE SÉCURITÉ DANS LE SYSTÈME JUDICIAIRE FRANÇAIS

Depuis des années, les gouvernements souhaitent développer les formes de règlement amiable des litiges, en Europe comme en France. La médiation de la consommation dans sa forme actuelle résulte d'une directive européenne de 2013⁽²⁴⁾, transposée en droit français en 2015.

La Commission européenne a proposé fin 2023 une révision de la directive sur la médiation « 10 ans après », pour en élargir le champ notamment à certains aspects précontractuels (pas de discrimination selon la nationalité ou le lieu de résidence) et aux actions de groupe. Le suivi des négociations relatives à cette directive – qui devra ensuite être transposée en droit français dans les deux ans suivant son adoption – est bien sûr une priorité pour toutes les médiations de la consommation.

⁽²⁴⁾ La Directive 2013/11/UE du Parlement européen et du Conseil du 21 mai 2013 relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et modifiant le règlement (CE) n° 2006/2004 et la directive 2009/22/CE (directive relative au RELC) généralisant l'obligation pour une entreprise d'avoir un système de médiation. La Commission européenne travaille à compléter cette directive.

Ayant eu l'honneur d'avoir été élu par mes collègues, en janvier 2024, Président du Club des médiateurs de services au public (CMSP), qui regroupe médiateurs de la consommation et médiateurs institutionnels, je suis très attentivement ces discussions, au contact du ministère de l'Économie et des Finances (DGCCRF) qui représente notre pays dans la négociation européenne.

En France, citons la loi du 23 mars 2019 de réforme pour la justice, qui a imposé le recours préalable à une médiation ou un conciliateur de justice en cas de litige dont l'enjeu est inférieur à 5 000 euros – le ministère réfléchit activement à passer ce seuil à 10 000 euros, afin de désengorger les tribunaux. En janvier 2023, le ministre de la Justice a annoncé que l'un des principaux axes du « Plan d'action pour la Justice » serait le développement d'une « politique de l'amiable »⁽²⁵⁾.

Par le volume traité, les médiations de la consommation – dont la Médiation de l'Assurance – sont au cœur de cette politique de l'amiable. Si bien que le CMSP est membre, avec deux représentants, du Conseil National de la Médiation (CNM) mis en place en 2023 par le ministre de la Justice pour promouvoir les règlements amiables des différends.

La médiation est en effet un dispositif souple, pragmatique, qui prend position plus vite qu'une action en justice, qui est gratuit pour les assurés puisque nous sommes totalement financés par les assureurs et courtiers – c'est ce qui résulte de la directive européenne et de la loi – et qui permet des prises de position en équité.

Nous pouvons ainsi aller dans le sens de l'assuré pour « rétablir le juste » d'une façon qui n'est pas ouverte aux juges, qui s'en tiennent à la règle de droit. Quand nous estimons que la stricte application du contrat conduit à une situation absurde au vu des circonstances du sinistre, nous pouvons émettre une position en équité. Ce fut le cas en 2023 dans presque 4 % des cas.

Étant quasi systématiquement suivis par les assureurs, y compris sur ces cas en équité, nous contribuons à apaiser la relation.

Dans une société française plus défiante que jamais⁽²⁶⁾, 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

⁽²⁵⁾ « Lancement de la politique de l'amiable », ministère de la Justice, 13 janvier 2023.

⁽²⁶⁾ Voir les enquêtes du Cevipof, « Le baromètre de la confiance en politique ».

comportements ou des contrats choquants. Ce rôle est de mieux en mieux reconnu et je m'en réjouis.

S'il en fallait encore une preuve, citons la volonté du Gouvernement d'impliquer LMA pour aider les collectivités locales à trouver une solution d'assurance. Fin septembre 2023, le ministre de l'Économie et des Finances, Bruno Le Maire a annoncé à propos des difficultés des communes à s'assurer : « dans l'immédiat, nous avons décidé, en lien avec le secteur des assurances et les maires de France, d'élargir la compétence du Médiateur de l'Assurance aux différends entre un assureur et une collectivité après un sinistre ».

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier tous ceux qui ont permis à la Médiation de l'Assurance de faire de grands progrès au cours des quatre dernières années, puisque nous répondons au premier semestre 2024 en sept mois en moyenne alors qu'il fallait attendre plus d'un an quand j'ai pris mes fonctions début 2020, et que dans le même temps le nombre de dossiers à traiter a presque triplé :

- Le conseil d'administration, bien sûr, à commencer par sa Présidente, Corinne Dromer, qui m'a toujours soutenu et accordé des moyens supplémentaires pour faire face à l'ampleur croissante de nos missions. Les crises et défis n'ont pas manqué depuis quatre ans, le défi en cours étant le « choc de saisines » auquel nous sommes confrontés. Nous avons toujours su répondre en étant pragmatiques et unis dans notre désir de faire de la Médiation de l'Assurance un acteur de référence, dans l'intérêt des assureurs comme des assurés ;

- Les équipes de la Médiation de l'Assurance, qui ont fourni de grands efforts pour progresser en tous domaines. La qualité des réponses et des arguments est là, comme le montre le fait que nous sommes quasi systématiquement suivis par les assureurs et courtiers. Dans le même temps, beaucoup de progrès ont été faits pour apporter des réponses allant à l'essentiel, rédigées dans un langage clair. En 2023, nous avons exprimé 4 840 positions, soit 55 % de plus que lorsque j'ai pris mes fonctions en 2020, alors que le nombre de juristes n'a progressé que de 37 %.

Nous nous sommes également ouverts sur l'extérieur, devenant plus accessibles aux assurés. Le site internet a été rénové en 2021 et désormais 60 % des saisines se font par ce canal, contre 25 % en 2019. En 2022, un « espace réclamant » a été ouvert pour les assurés, leur permettant de déposer en ligne les pièces de leur dossier, de suivre l'évolution de celui-ci et d'échanger au besoin avec le juriste responsable. Nous suivons en permanence les progrès technologiques pour voir si des gains de productivité dans notre organisation sont possibles.

Nous sommes désormais plus de 80 personnes directement dédiées à la médiation, sans compter les services support. L'équipe a beaucoup de talent, de potentiel, et nous allons réussir à progresser encore pour absorber ce « choc de saisines ». Je suis heureux que nous ayons réussi à diversifier les profils qui nous rejoignent, avec toujours des jeunes, mais aussi des personnes plus expérimentées, cherchant à donner du sens à leur engagement professionnel – deux juristes sont même revenues à la Médiation de l'Assurance après avoir exploré un temps d'autres horizons !

Bravo à mon équipe rapprochée sans laquelle rien ne serait possible : Marie-Cécile Letzelter, Secrétaire générale, qui est mon complément ; Sébastien Masseret-Bergeron, responsable de l'organisation et des process ; Aude Picart, qui dirige le pôle assurance de biens et de responsabilité ; Marion Chartier, qui dirige le pôle santé et prévoyance ; Anissa Eslin, responsable du pôle épargne retraite et assurance vie ; Karine Mespoulet-Beauves, responsable du pôle études juridiques ; Michel Boudeville, responsable du pôle de réception des saisines ; enfin, mon assistante Latifa Bakkassi qui jongle avec les contraintes.

C'est une responsabilité et un honneur de poursuivre cette mission. ■

Arnaud Chneiweiss

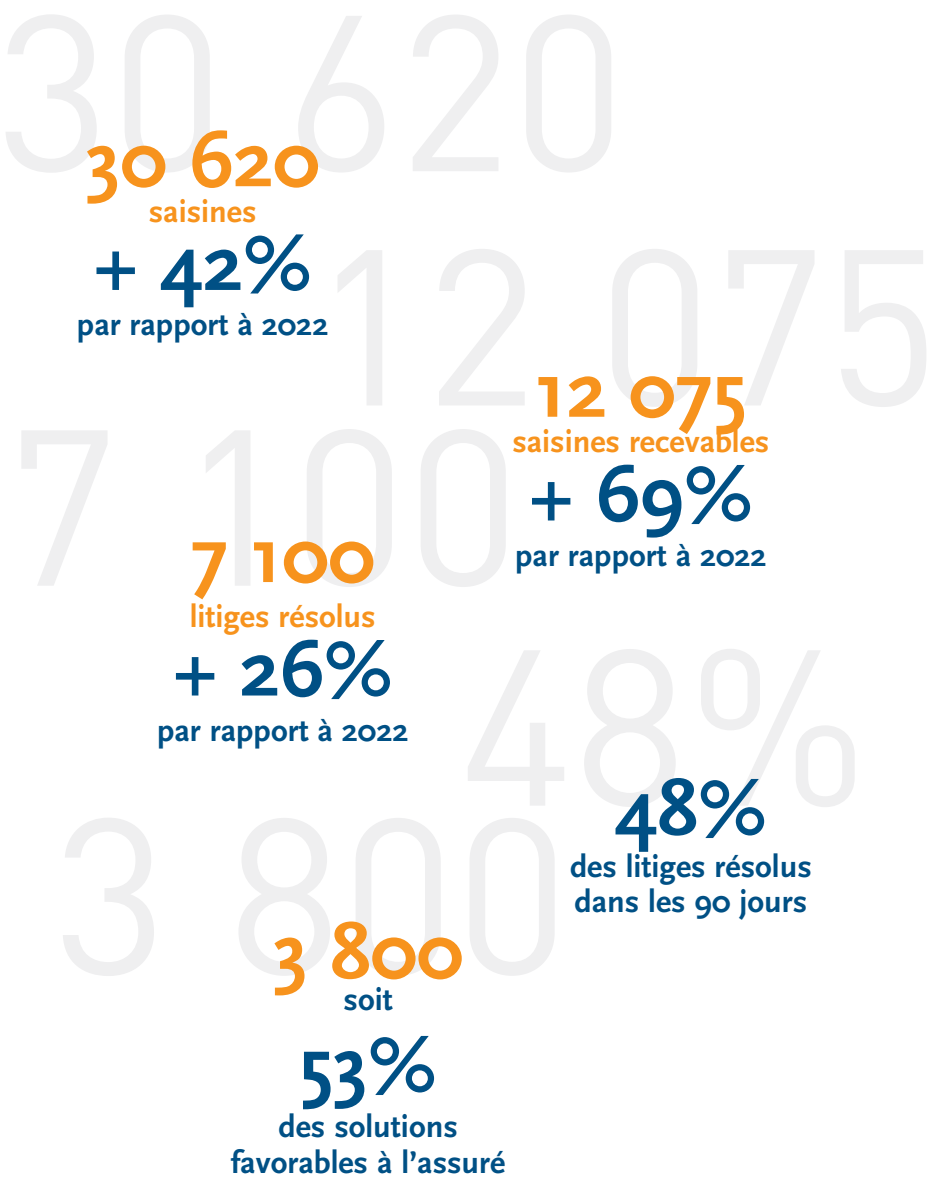
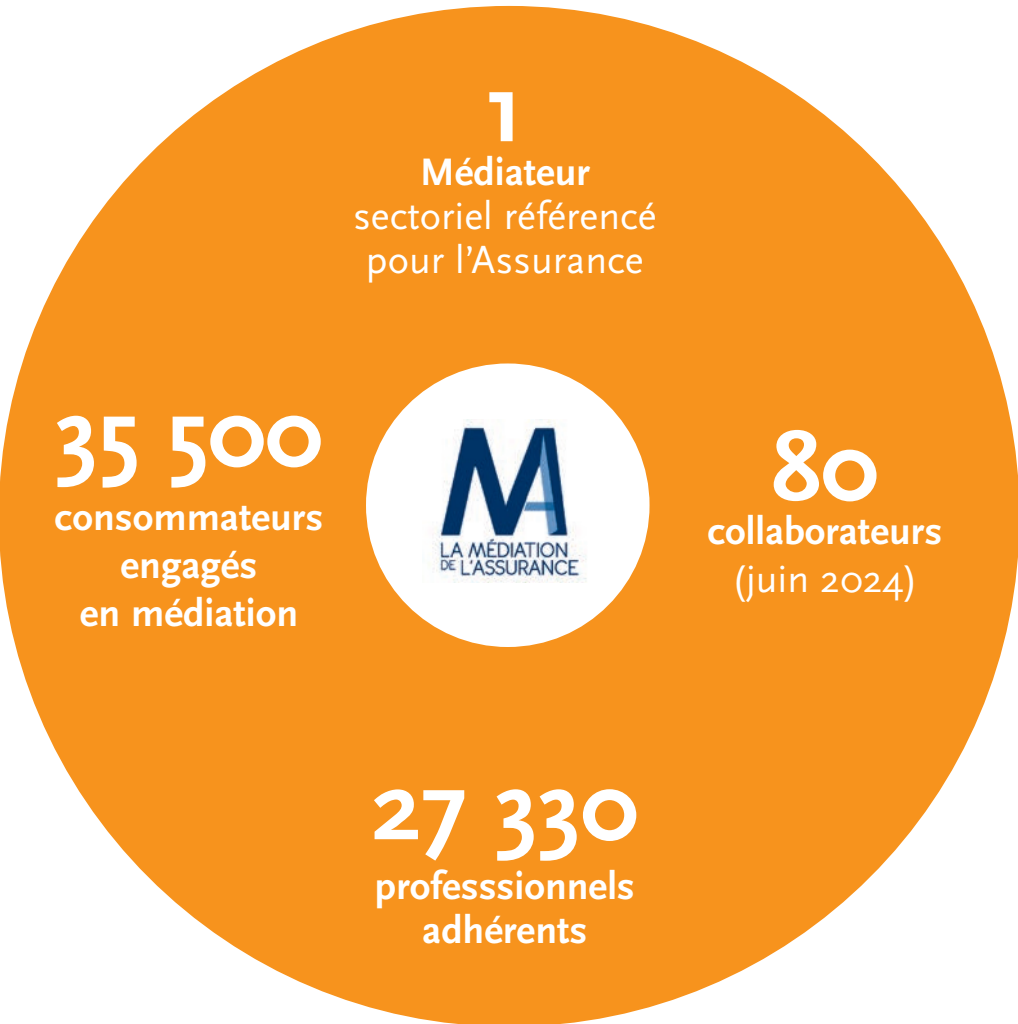


2

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



LES CHIFFRES CLÉS 2023



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



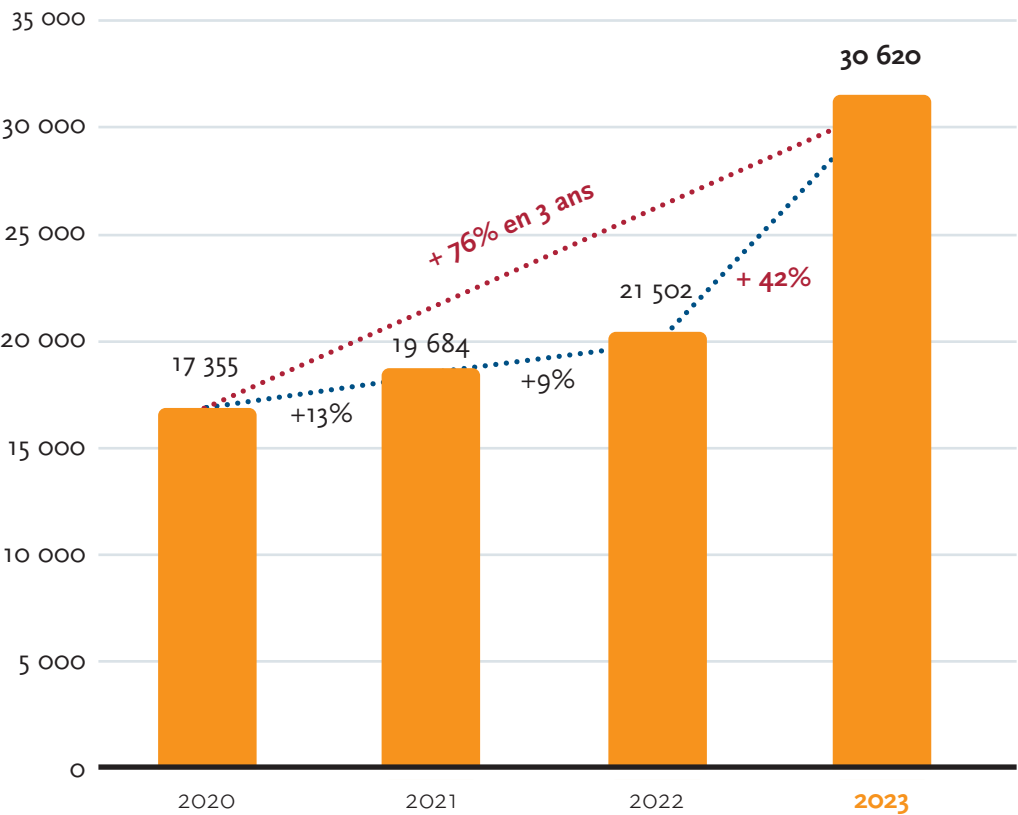
LES SAISINES



LES SAISINES REÇUES

2023 : LE CHOC DES SAISINES

En 2023, la Médiation de l'Assurance a reçu **30 620 saisines**. Cette année a vu une augmentation historique du nombre de saisines reçues avec **+ 42 % de dossiers reçus** par rapport à 2022. Associée à l'amélioration du taux de recevabilité, cette croissance implique **une hausse de 69 % des dossiers en médiation**. Cette augmentation se poursuit sur 2024, avec **déjà 18 600** saisines enregistrées à la fin du premier semestre. ■

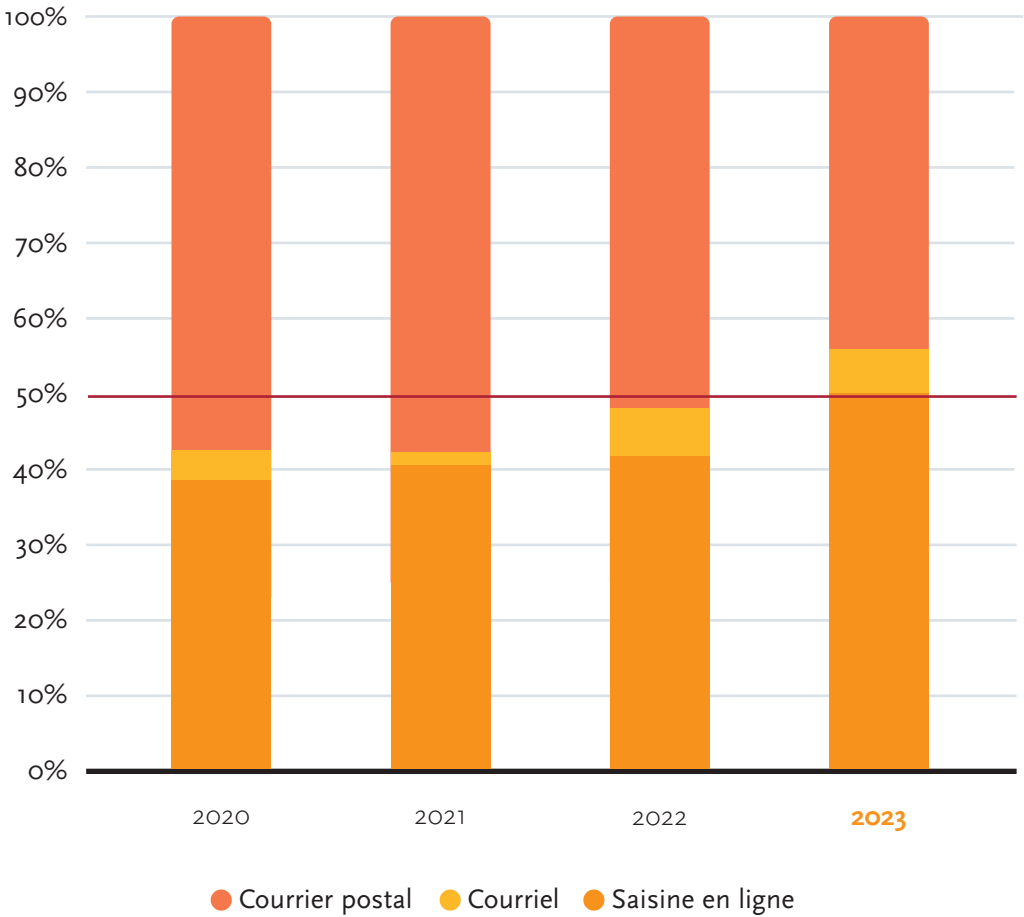


+100% D'ADHÉRENTS
En 2023, les associations d'autorégulation du courtage ont rejoint LMA. Le nombre d'adhérents a alors doublé.

LA PROVENANCE DES SAISINES

EN 2023, 54 % DES ASSURÉS ONT SAISI LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE PAR VOIE ÉLECTRONIQUE.

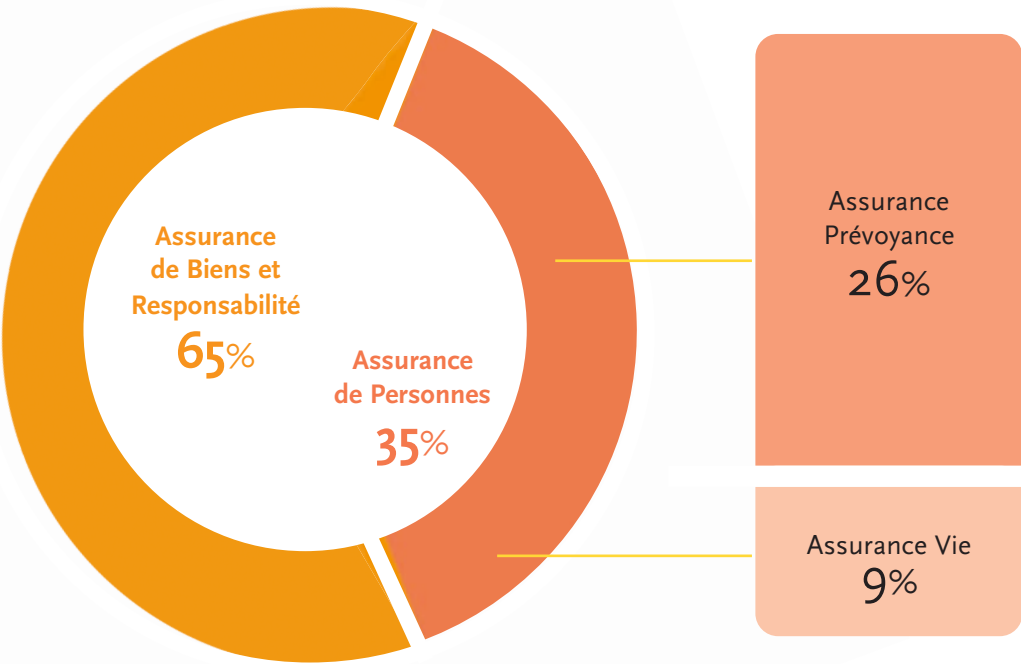
Début 2024, plus de 60 % des saisines parviennent de manière dématérialisée. Le nombre d'assurés qui saisissent la Médiation de l'Assurance par voie électronique a doublé depuis 2020. ■



Pour saisir la Médiation de l'Assurance : mediation-assurance.org

LA RÉPARTITION DES SAISINES

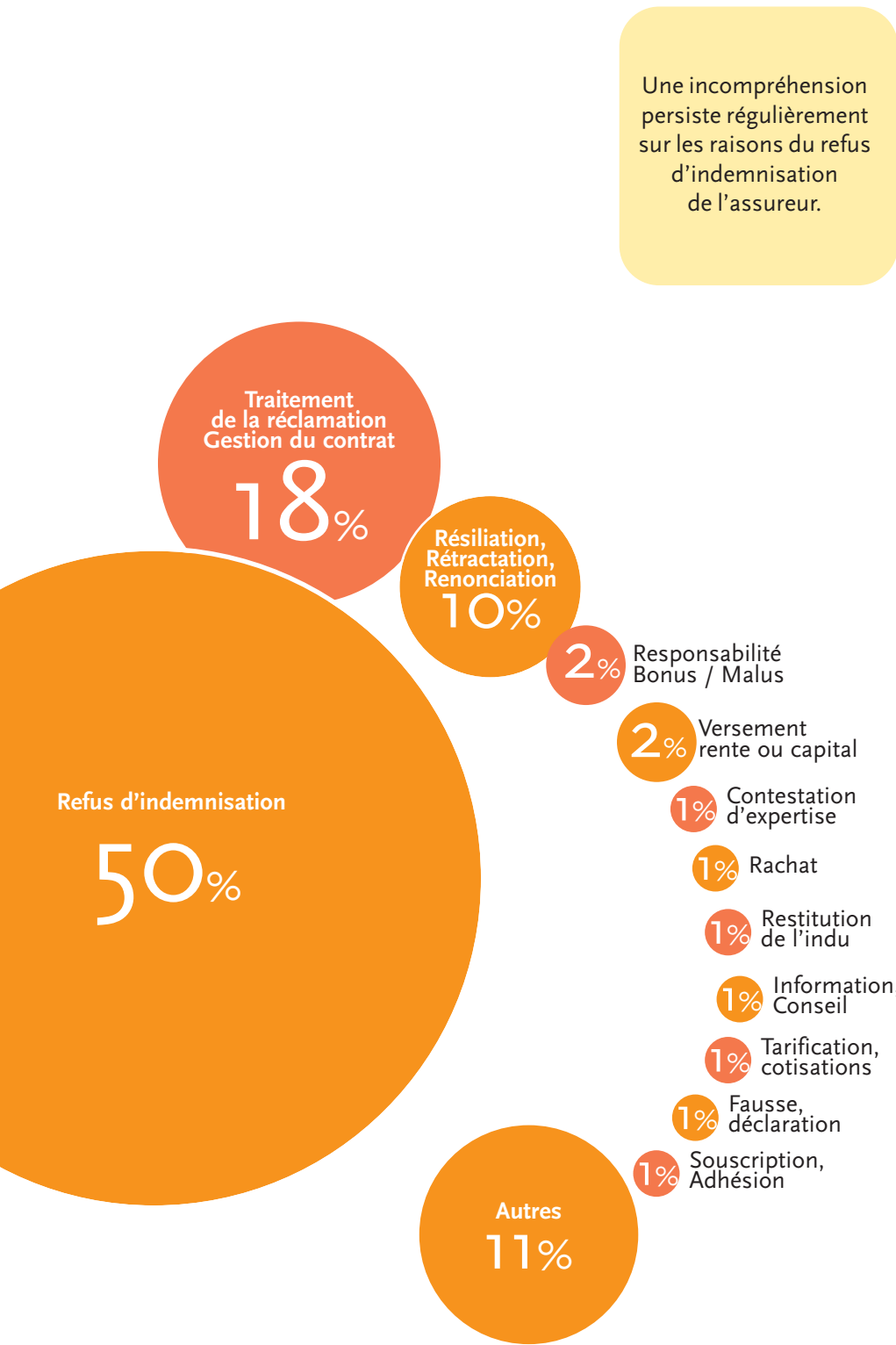
En 2023, les assurances de biens et responsabilité représentent presque **deux tiers des saisines**. ■



Les saisines recevables sont instruites par les juristes de chaque pôle selon le contrat d'assurance concerné.

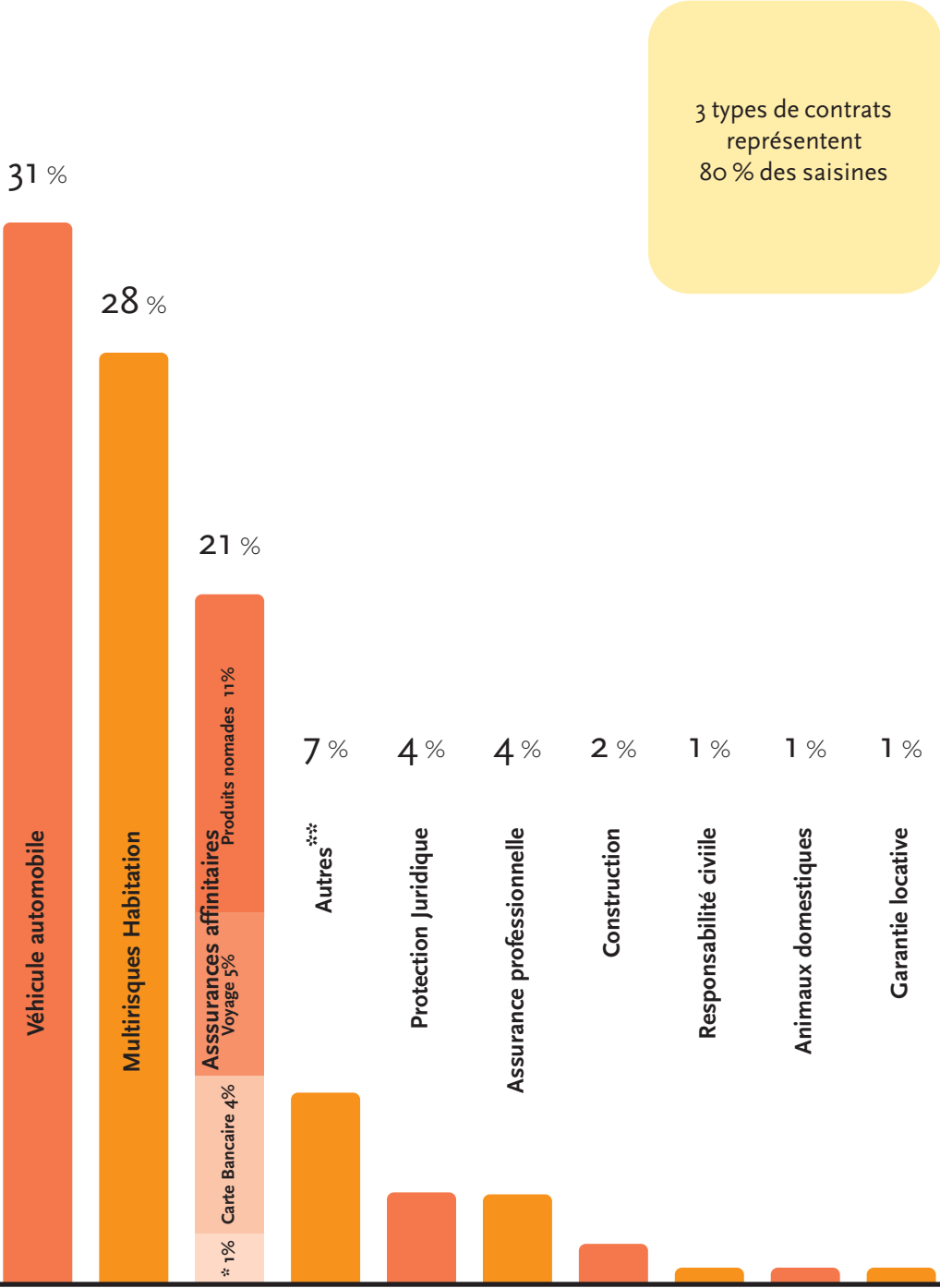
Des enjeux financiers de 0 € à 540 000 € en 2023

LES MOTIFS DE LITIGES



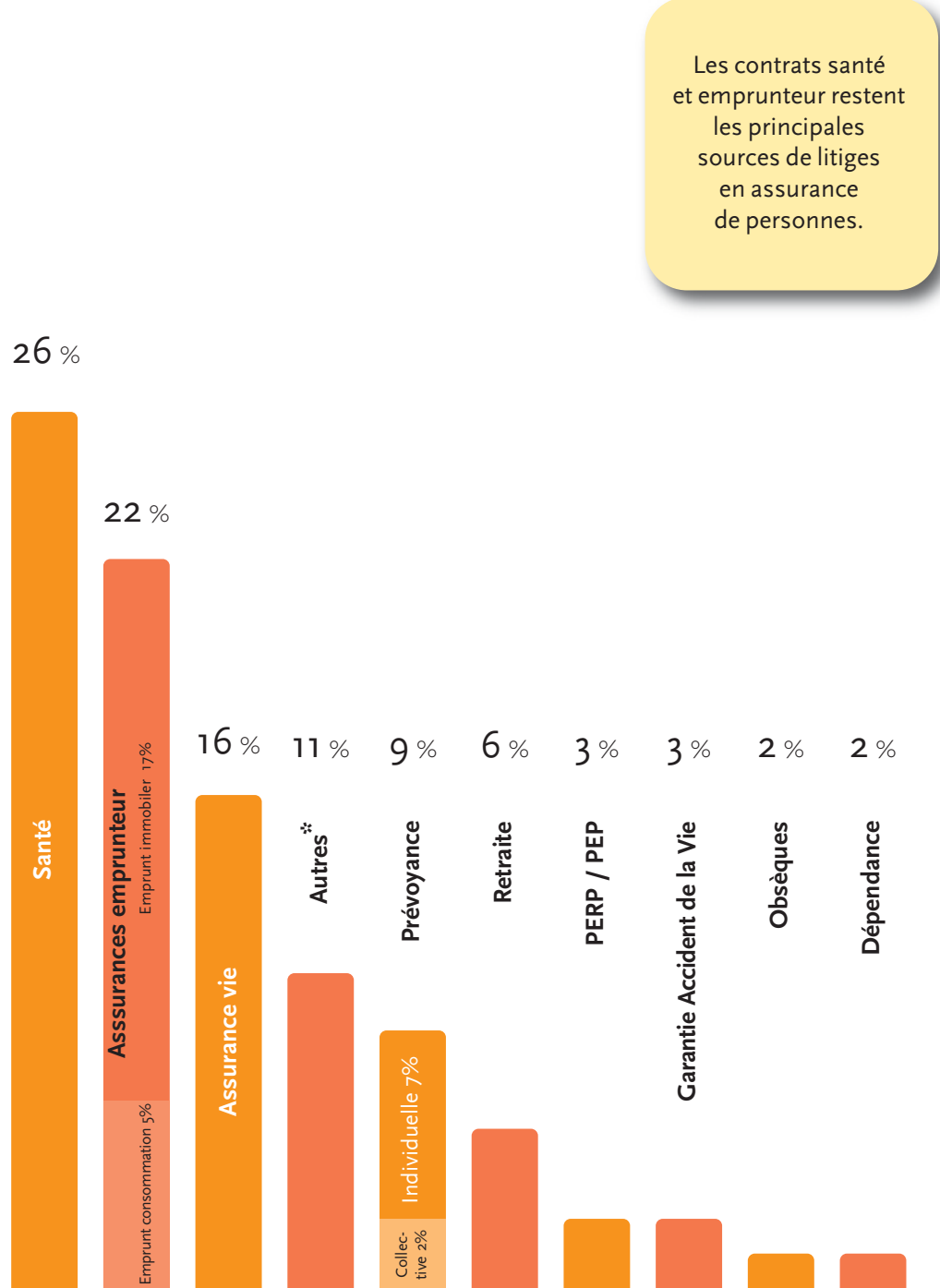
Une incompréhension persiste régulièrement sur les raisons du refus d'indemnisation de l'assureur.

LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ



* Autres affinitaires
** Engins de déplacements motorisés électriques, Multirisques Immeuble, Plaisance...

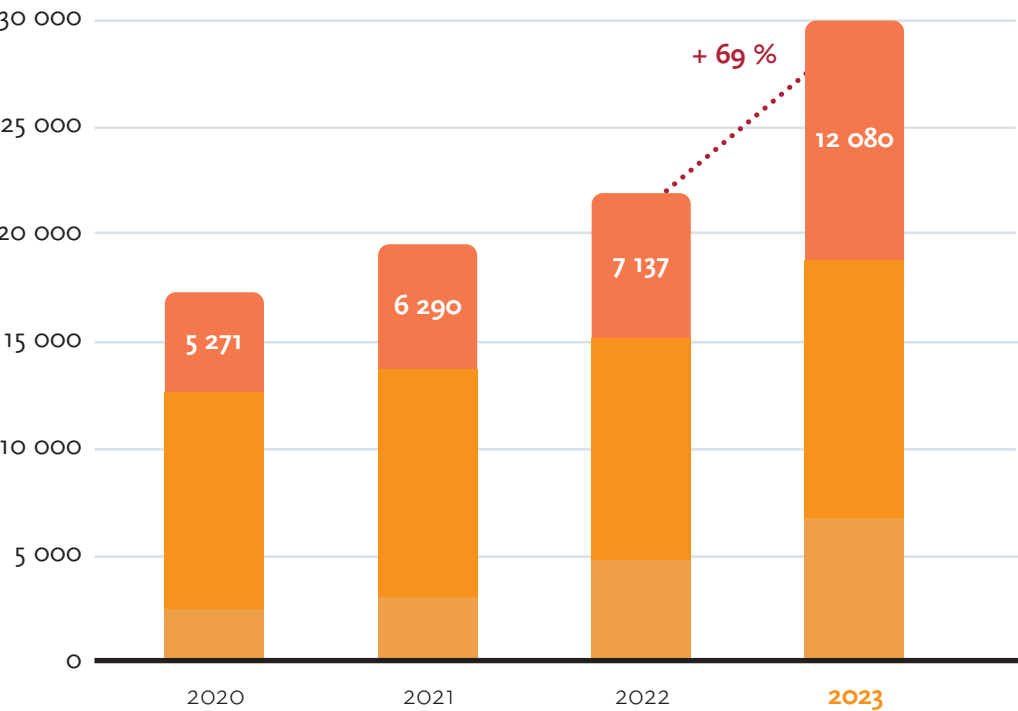
LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES



* Contrats mixtes, individuelle Accident, PEA

LA RECEVABILITÉ DES SAISINES

41 % DE SAISINES RECEVABLES EN 2023
Cela représente une **augmentation de 69 %** des dossiers qui entrent en médiation. ■



● Saisines hors champ de compétence ● Saisines prématurées ● Saisines recevables

Une part encore importante de saisines irrecevables (59 %) en 2023
* 4 % de saisines hors du champ de compétence de la médiation de la consommation
* 35 % de saisines prématurées (les démarches auprès du professionnel n'ont pas été effectuées).

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



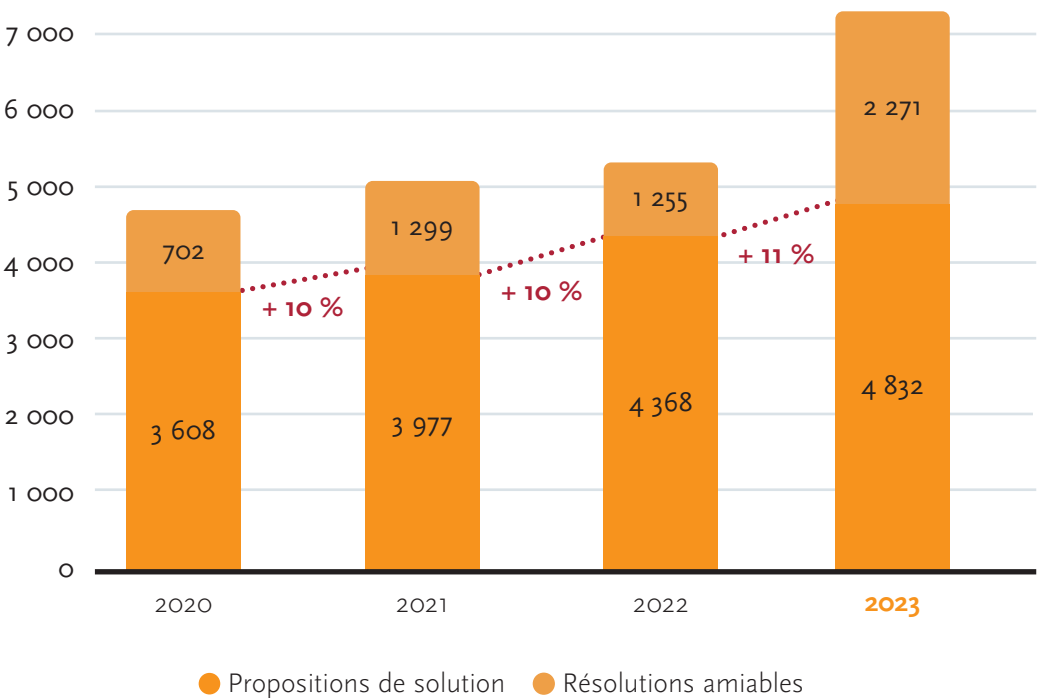
LES MÉDIATIONS EFFECTUÉES



LES PROPOSITIONS DE SOLUTION

EN 2023, LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE A RÉSOLU 7 103 LITIGES, SOIT UNE AUGMENTATION DE 26 % PAR RAPPORT À 2022.

Les litiges résolus par transaction amiable de l'assureur, avant l'émission de la proposition de solution, ont connu une progression de 80 % en 2023. Le simple fait de saisir la Médiation de l'Assurance peut provoquer un réexamen immédiat par le service Réclamations du professionnel, qui corrige une appréciation précédente. ■



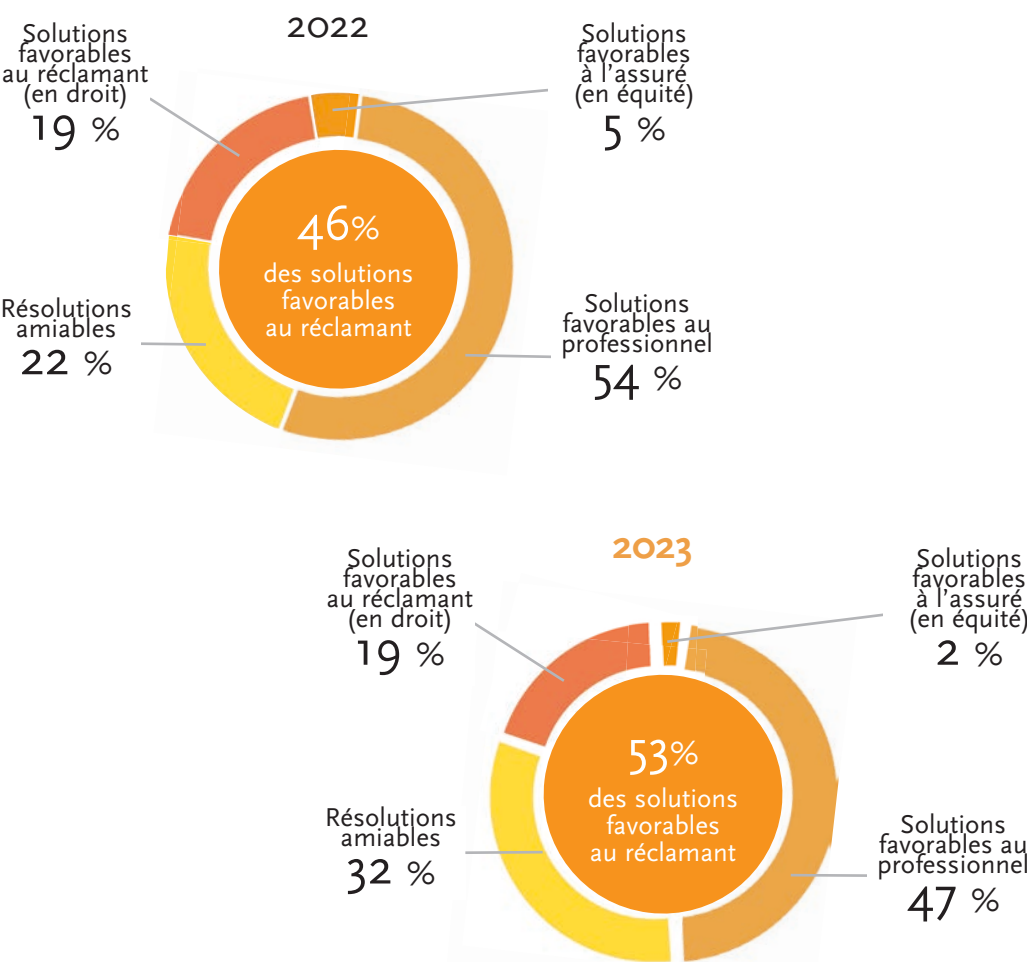
1 148 médiations ont été clôturées en l'absence des éléments nécessaires à l'examen du litige ou abandon de la procédure par le réclamant.

50 dossiers ont été interrompus par l'engagement d'une procédure judiciaire en cours de médiation par une des parties.

LA NATURE DES SOLUTIONS

EN 2023, 53 % DES LITIGES RÉSOLUS ONT DONNÉ SATISFACTION AU RÉCLAMANT.

Lorsque la Médiation de l'Assurance confirme la position de l'assureur (68 % des solutions exprimées en 2023), elle aide le réclamant à mieux la comprendre en lui apportant des éléments pédagogiques et lui confirme que le contrat a été correctement appliqué par le professionnel. ■

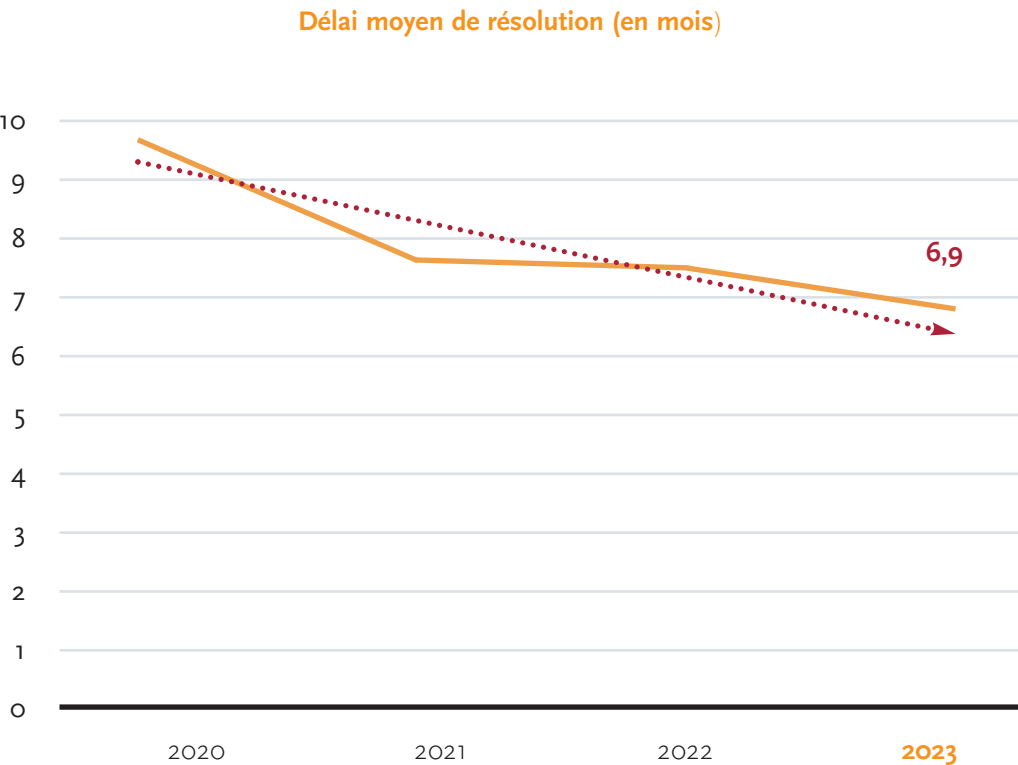


Lorsque, dans la situation particulière d'un litige, la stricte application du droit aboutit à une décision absurde, la Médiation de l'Assurance peut faire une proposition de solution en équité pour « rétablir le juste ».

Les professionnels suivent les propositions de solution dans 99,8% des cas.

LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

En prenant en compte les résolutions amiables, le délai moyen pour aboutir à une solution en 2023 a été de 6,9 mois.
À la fin de l'année, dans 48 % des cas, les réclamants ont obtenu une solution à leur litige dans les 90 jours après leur saisine de la Médiation de l'Assurance. ■



La Médiation de l'Assurance respecte le délai de 21 jours imposé par le Code de la consommation pour notifier la recevabilité de la saisine au réclamant.



THOMAS DUMOUILLA

GESTIONNAIRE NOTIFICATION

Pôle Gestion



Quel est votre parcours ?

Je suis arrivé à la Médiation de l'Assurance un peu par hasard. J'ai fait un BTS assistant de gestion PME-PMI et j'ai travaillé dans le domaine des annonces légales au BODACC⁽¹⁾. Ensuite, je suis allé au tribunal de commerce de Nanterre. Pour finir, j'ai travaillé dans les ressources humaines, d'abord dans la formation puis dans le recrutement.

Puis, je suis arrivé dans le domaine de l'assurance, en intégrant la Médiation de

l'Assurance. Je n'avais jamais travaillé dans les assurances avant. J'ai rejoint le pôle Gestion en tant que Secrétaire-Gestionnaire en 2017.

Quelle est votre fonction au sein de LMA ? Quelles sont vos missions ?

Je suis donc Secrétaire-Gestionnaire, dans l'équipe Notification. C'est-à-dire que je réponds aux saisines à leur arrivée et je fais le lien entre l'assuré et l'assureur par rapport à un litige donné. Ce qui requiert d'analyser la saisine car on ne peut pas toutes les accepter : il faut vérifier si elles sont recevables, conformément au Code de la consommation.

Par exemple, les litiges qui concernent une autre personne ou une entreprise qui n'est pas adhérente chez nous ne sont pas recevables.

Dans un premier temps, il faut donc identifier l'entreprise d'assurance concernée et

déterminer si elle est bien adhérente chez nous, vérifier si l'assuré a bien suivi le circuit de réclamation, si l'assureur lui a répondu, et si l'assuré a formulé sa demande clairement... On ne pourra pas traiter la demande d'un assuré qui dit juste « au secours ». Il nous faudra un petit peu plus d'aide...

On pourra juger le dossier recevable si l'assuré a fait une réclamation explicite, et si sa demande date de plus de deux mois avant notre saisine, sauf si l'assureur lui a fait une réponse définitive avant ce délai. C'est rare, mais ça arrive...

Si l'assuré nous saisit trop vite, on est dans l'obligation d'attendre au moins deux mois ou le retour négatif de l'assureur.

Si l'assuré remplit tous les prérequis, on demande les documents nécessaires à l'instruction, à l'assureur et à l'assuré, sur le principe de la partie double : il faut que les deux parties nous envoient tous leurs

documents pour qu'on puisse étudier le litige en droit et en équité. À partir de là, je n'ai plus la main, le dossier passe à une autre équipe.

Qu'est-ce qui vous plaît dans votre travail ?

Ce qui est intéressant, c'est qu'on a le point de vue de l'assureur et de l'assuré. On touche à tous les contrats d'assurance : téléphones, voitures, santé, assurance emprunteur, assurance vie, tontines, tout ! On balaye plus ou moins tout le secteur de l'assurance en analysant les saisines.

Votre métier en trois mots ?

Je dirais **autonomie**, **polyvalence**, dans le sens où on touche à beaucoup de choses dans le domaine de l'assurance.

Et je vais reprendre un mot du Médiateur – même si c'est trois mots : c'est **créateur de droit(s)** parce que c'est vrai que, grâce à nous, certains contrats, certaines législations ont changé... ■

(1) Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales.



LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE



GOUVERNANCE ET RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

La Médiation de l'Assurance (LMA) offre aux consommateurs un dispositif gratuit de règlement des litiges pouvant intervenir entre les particuliers ou les professionnels, et les entreprises ou intermédiaires d'assurance, dans le cadre d'une procédure de médiation de la consommation.

LMA est placée sous l'autorité du Médiateur de l'Assurance référencé par la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC). Arnaud Chneiweiss a été désigné en mars 2020 et son mandat a été reconduit en mars 2023 pour une durée de 3 ans.

Le conseil d'administration de l'association est présidé par Corinne Dromer, présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) jusqu'au printemps 2024, désormais membre du Collège de l'Autorité des marchés financiers (AMF). 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'Association nationale des conseillers financiers (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 de la fédération nationale des syndicats d'agents généraux d'assurance (AGEA) ;
- ◆ Daisy Facchinetti, secrétaire générale d'ENDYA, association d'autorégulation du courtage ;
- ◆ Patrick Jacquot, président-directeur général de la Mutuelle des motards ;
- ◆ Catherine Julien-Hiebel, présidente du CCSF ;
- ◆ 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 ;
- ◆ Emmanuelle Rivé, déontologue d'AXA France.

UN BUDGET DE 8,15 MILLIONS D'EUROS EN 2023

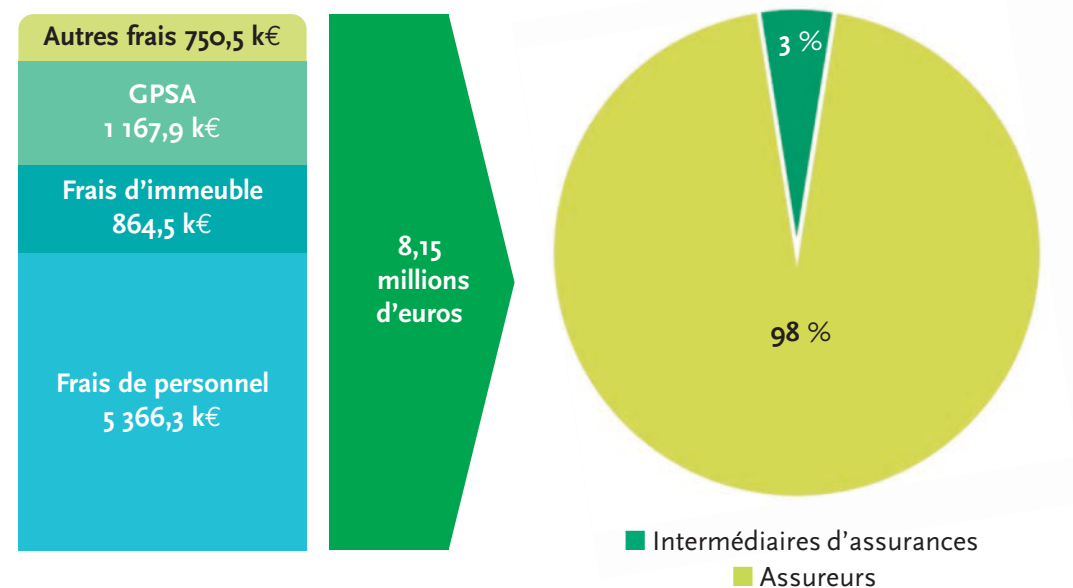
Le recours à la médiation est gratuit pour le consommateur. Le budget de fonctionnement de LMA est donc entièrement financé par les professionnels de l'assurance adhérant à LMA, car nous ne recevons aucune subvention publique :

- ◆ **2 % du budget de LMA est constitué de la cotisation forfaitaire annuelle** versée par tous les adhérents ;
- ◆ **Les 98 % restants sont financés par une cotisation variable** calculée 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.

Par exemple, si 10 % des saisines recevables de LMA concernent un groupe d'assurance, ce dernier participera au budget à hauteur du même pourcentage, en dehors de la cotisation forfaitaire.

En 2023, LMA a présenté un budget de fonctionnement de 8,15 millions d'euros, dont 66,2 % attribués aux frais de personnel. Les fonctions support (ressources humaines, comptabilité, informatique, moyens généraux), apportées par le GIE de moyens GPSA (Gestion Professionnelle des Services de l'Assurance), ont représenté en 2023 14,4 % du budget total, soit un coût de 1,2 million d'euros. ■



LES ADHÉRENTS

La Médiation de l'Assurance regroupe différents métiers de l'assurance. En 2023, 333 adhérents représentant environ 27330 professionnels de l'assurance – entreprises d'assurance, intermédiaires d'assurance, gestionnaires de patrimoine, agents généraux – ont confié leur médiation à LMA :

- 306 entreprises d'assurance relevant du Code des assurances ;
- des intermédiaires d'assurance, soit adhérent à titre individuel ;
- des syndicats ou associations d'autorégulation du courtage, pour le compte de leurs adhérents :
 - ◆ AGEA, Fédération nationale des syndicats d'agents généraux ;
 - ◆ ANACOFI Courtage, qui représente les conseillers en gestion de patrimoine indépendants dans leurs activités de courtage d'assurance ;
 - ◆ Endya ;
 - ◆ VotrAsso. ■



LES PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS

Les professionnels les plus représentés dans les saisines recevables reçues par la Médiation de l'Assurance sont les principaux contributeurs au budget, établi par répartition entre les adhérents. Compte tenu de l'importance de leurs parts de marché, les groupes d'assurance majeurs du pays figurent dans les tableaux ci-dessous. Ainsi, quinze groupes d'assurance financent 82,4 % du budget de la Médiation de l'Assurance :

ENSEMBLE DES SAISINES RECEVABLES

GROUPE OU SOCIÉTÉ D'ASSURANCE	2023	2022
AEMA*	9,1 %	8,6 %
CNP**	8,5 %	9,2 %
COVEA***	8,3 %	8 %
AXA	8,1 %	7 %
GROUPAMA	8 %	7,1 %
GENERALI	7,5 %	7,4 %
CRÉDIT AGRICOLE	5,9 %	5,8 %
ALLIANZ	5,6 %	5,7 %
MAIF	4,9 %	3,6 %
BPCE	3,9 %	3,7 %
BNP PARIBAS	3 %	2,8 %
ASSURANCES DU CRÉDIT MUTUEL	3 %	2,7 %
SWISS LIFE	2,3 %	3,1 %
MATMUT	2,2 %	1,8 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	2,1 %	4,1 %

* AEMA : Abeille 1,9 % et Macif 7,2 %

** CNP : CNP 5,8 % et La Banque Postale 2,7 %

*** COVEA : GMF 1,8 %, MAAF 2,5 %, MMA 2,6 %, COVEA PJ 0,8 %, BPCE IARD 0,5 %, Autres 0,1 %

EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

GROUPE OU SOCIÉTÉ D'ASSURANCE	2023	2022
AEMA	12,1 %	11,4 %
COVEA	11,1 %	11,1 %
GROUPAMA	9,6 %	9 %
AXA	8,7 %	7,6 %
MAIF	7,1 %	5,2 %
GENERALI	6,2 %	7,1 %
ALLIANZ	5,6 %	6,4 %
CRÉDIT AGRICOLE	4,5 %	5,6 %
BPCE	4,0 %	3,2 %
LA BANQUE POSTALE	3,4 %	2,5 %
MATMUT	3,2 %	3,1 %
ASSURANCES CRÉDIT MUTUEL	3,0 %	2,5 %
BNP PARIBAS	2,3 %	2,2 %
CHUBB EUROPEAN GROUP Ltd	2,1 %	1,8 %
L'OLIVIER ASSURANCE	1,9 %	3,8 %

EN ASSURANCE DE PERSONNES

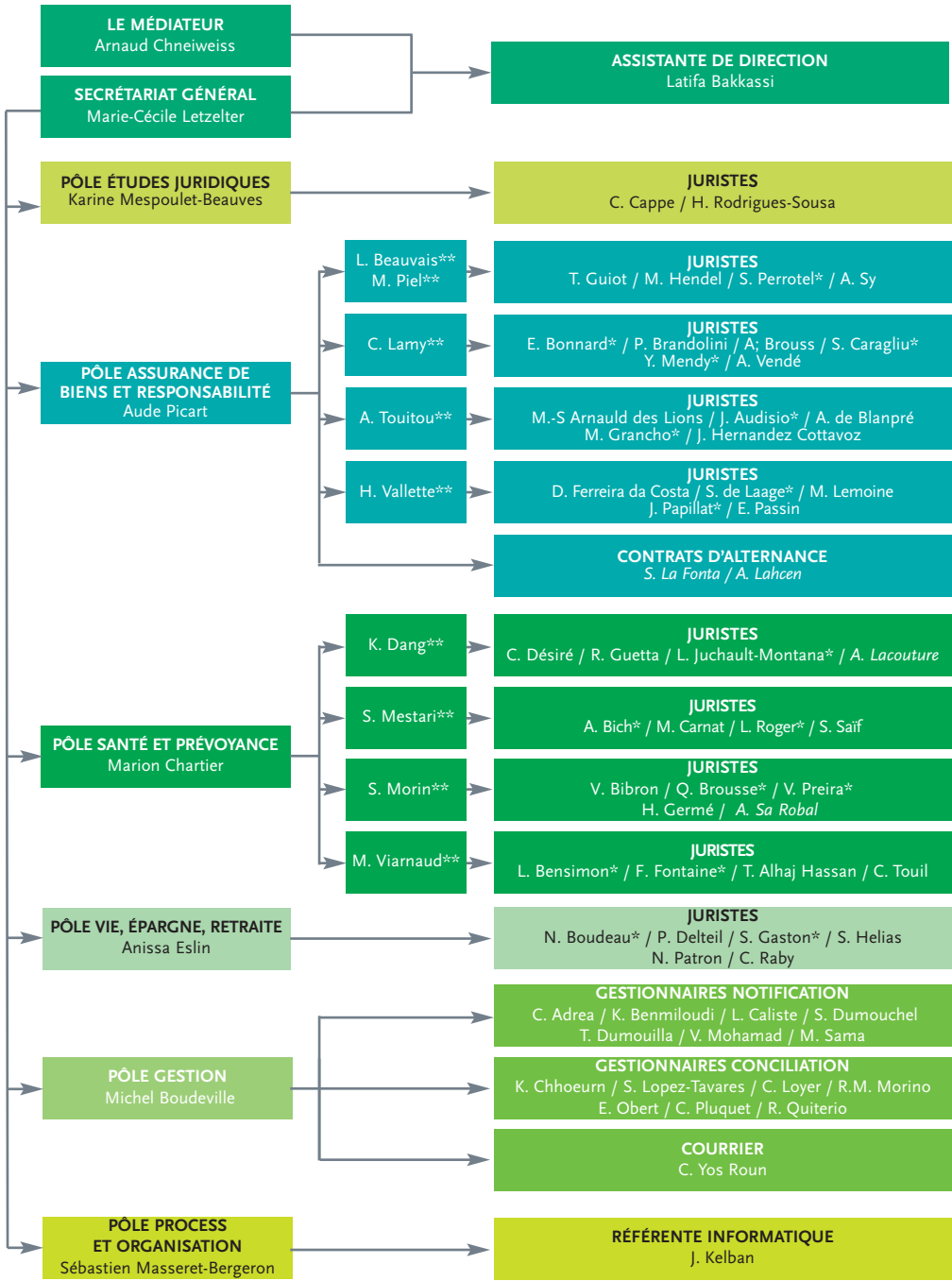
GROUPE OU SOCIÉTÉ D'ASSURANCE	2023	2022
CNP	16,5%	20,3 %
GENERALI	9,8 %	8 %
CRÉDIT AGRICOLE	8,6 %	6,1 %
AXA	7,1 %	6 %
ALLIANZ	5,6 %	4,4 %
SWISS LIFE	5,3 %	7,7 %
GROUPAMA	4,9 %	3,9 %
BNP PARIBAS	4,3 %	3,9 %
BPCE	3,8 %	4,4 %
AEMA	3,4 %	3,8 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	3,1 %	5,6 %
ASSURANCES CRÉDIT MUTUEL	3,1 %	3 %
COVEA	3,0 %	2,9 %
MALAKOFF HUMANIS	3,0 %	1,6 %
ENDYA	2,6 %	N/A

Il est assez logique que les assureurs ayant les plus fortes parts de marché apparaissent parmi ceux suscitant le plus de saisines de la Médiation de l'Assurance. Faire figurer les parts de marché telles que publiées par la fédération France Assureurs constitue une référence intéressante, mais partielle. Elle devrait être complétée d'autres éléments pour une analyse plus fine, puisque ces parts de marché globales (« assurance dommages », « assurance de personnes ») cachent de fortes disparités selon les produits commercialisés. Le fait qu'un assureur soit forcément contesté dans ses décisions montre la déception des assurés, mais pas nécessairement que l'assureur a mal appliqué son contrat. ■

UNE ÉQUIPE DÉDIÉE À LA RÉOLUTION DES LITIGES

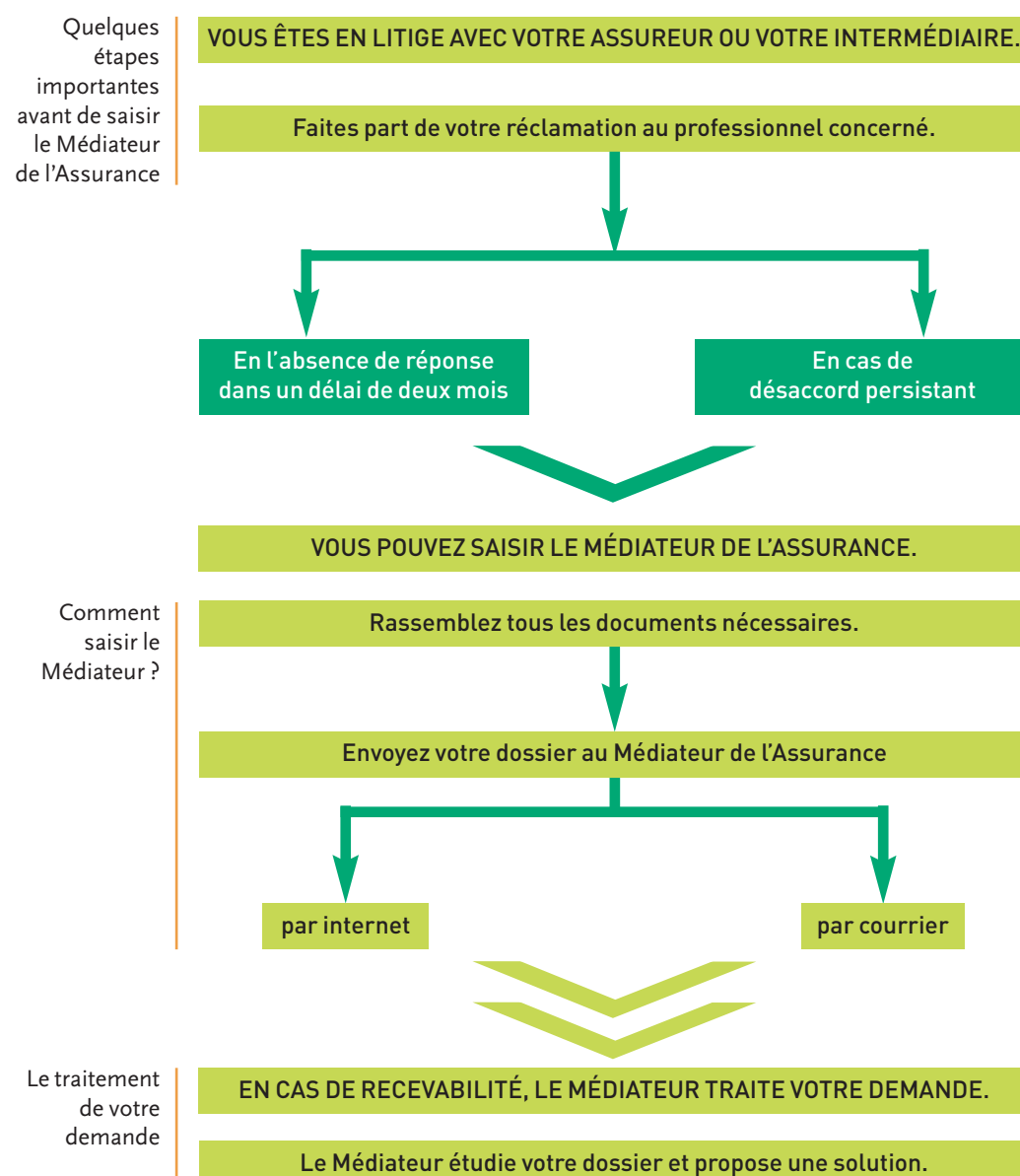
Le Médiateur est entouré d'une équipe de plus de 80 personnes début 2024. Le traitement administratif des saisines est effectué par le pôle Gestion. Chaque saisine reçue y est enregistrée et analysée pour en déterminer la recevabilité. Les gestionnaires ont également pour mission de vérifier si le dossier est complet et, le cas échéant, de solliciter les éléments nécessaires à l'instruction du litige. Les juristes participent à l'élaboration des propositions de solution exprimées. Ils sont répartis en pôles selon la branche d'assurance concernée par la saisine : assurance de biens et responsabilité, assurance prévoyance et assurance vie. Un pôle Études juridiques veille à la cohérence et à l'expertise globales des positions retenues. La collégialité appliquée lors de l'étude des saisines est garante de l'impartialité de la Médiation de l'Assurance dans les positions exprimées. ■

ORGANIGRAMME DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE AU 30 JUIN 2024



*juriste confirmé **juriste référent ital : contrat d'alternance

LA PROCÉDURE DE MÉDIATION



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.

Votre courrier de saisine doit comporter :

- les informations nécessaires au traitement de votre saisine : vos coordonnées postales, le nom du professionnel d'assurance – assureur ou intermédiaire d'assurance – et le type de contrat concernés ;
- un résumé de votre litige ;
- la solution attendue à votre problème.

Pensez à joindre à ce courrier la copie des documents permettant l'étude de votre demande :

- le courrier de réclamation adressé à l'assureur ou à l'intermédiaire (datant de moins d'un an) ;
- les réponses éventuelles apportées par le professionnel exprimant sa position dans le litige ;
- votre contrat d'assurance accompagné des documents préalables à la souscription (par exemple, la fiche conseil) ;
- tout autre document en lien avec le litige (déclaration de sinistre, refus de prise en charge, etc.).

Les étapes de la procédure de médiation sont détaillées sur le site internet de la Médiation de l'Assurance :
<https://www.mediation-assurance.org/la-mediation-etape-par-etape> ■



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 du Comité Consultatif du Secteur Financier, d'un représentant désigné par les membres institutionnels et de deux personnalités qualifiées.

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 MÉDIATION DE L'ASSURANCE FACE À LA RÉFORME DU TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Le nombre de saisines reçues par la Médiation de l'Assurance a fortement augmenté, passant de 21 500 saisines en 2022 à plus de 30 000 en 2023. La perspective est de 36 000 saisines pour l'année 2024.

Différents facteurs peuvent expliquer cette forte croissance des saisines :

- ◆ la Médiation de l'Assurance a accueilli de nouveaux adhérents, dans le monde du courtage notamment ;
- ◆ 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 depuis une loi de 2019 sur la modernisation de la Justice, le but du Gouvernement étant de désengorger les tribunaux ;
- ◆ la Médiation de l'Assurance est plus accessible : la simplification de la saisine en ligne en 2021 a permis de développer et de pérenniser ce canal de saisine, qui représente plus de 60 % des dossiers reçus début 2024 ;
- ◆ nous saisir est gratuit pour le consommateur ;
- ◆ enfin, 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 n° 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations, qui modifie la recommandation précédente qui datait de novembre 2016, est entrée en vigueur le 31 décembre 2022.

Cette nouvelle recommandation a essentiellement pour but de faciliter l'accès à la médiation en termes de délai et de procédure. Cette réforme est un succès : en 2022, le taux de recevabilité était de seulement 32 % ; la Médiation de l'Assurance reçoit désormais plus de 45 %⁽¹⁾ de saisines recevables. Par ailleurs, la procédure d'escalade, telle qu'elle existait auparavant, pouvait décourager certains assurés à poursuivre leur réclamation.

L'augmentation du nombre de saisines montre que les assurés se tournent plus désormais plus facilement vers la Médiation de l'Assurance. Afin de faire face à cet accroissement important d'activité, la Médiation de l'Assurance a donc mis en place différentes mesures. ■

RENFORCEMENT DES ÉQUIPES

Désormais, 18 gestionnaires réceptionnent et traitent les saisines, et près de 60 juristes participent à l'élaboration des propositions de solution.

RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES DU PÔLE GESTION

Le dossier de médiation est désormais traité de façon conjointe entre un gestionnaire et un juriste. Le gestionnaire est chargé du traitement administratif, de l'instruction et de la complétude du dossier, tandis que le juriste examine prioritairement l'aspect juridique du litige.

MODERNISATION INFORMATIQUE

Un espace réclamant est désormais mis à disposition des assurés, sur lequel ils peuvent suivre leur dossier, déposer leurs pièces et prendre connaissance des courriers de LMA. Notre outil de gestion CRM a également fait l'objet d'une modernisation importante. La reconnaissance automatique de documents sera bientôt intégrée à l'outil pour faciliter l'étape de constitution du dossier.

ÉDUCATION FINANCIÈRE

- ◆ les études de cas, publiées tous les quinze jours sur le site internet de LMA, sont reprises par des sites internet, dans la presse (l'Argus de l'assurance, l'Agefi Actifs) et diffusées au sein des associations de consommateurs ;
- ◆ les « Cahiers de LMA », semestriels, traitent de sujets techniques de manière pédagogique et sont devenus des outils de référence pour les professionnels du secteur ;
- ◆ la page LinkedIn de la Médiation de l'Assurance compte maintenant plus de 13 000 abonnés.

RENFORCEMENT DES RESSOURCES FINANCIÈRES

Le budget de la Médiation de l'Assurance, financé uniquement par les professionnels, est passé à 8,15 millions d'euros en 2023 et a encore augmenté en 2024.

⁽¹⁾ Chiffre à la fin du premier semestre 2024.



FOCUS



LE DEVOIR DE MISE EN GARDE

« Les contrats doivent être négociés, formés et exécutés de bonne foi.
Cette disposition est d'ordre public. » (article 1104 du Code civil)

Depuis la réforme du droit des contrats, entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2016, cet article étend la nécessité d'une relation contractuelle fondée sur la bonne foi des parties, et ce dès sa phase préparatoire et au moment de la formation du contrat. Elle n'était auparavant exigée par le Code civil qu'après la formation du contrat (article 1134 dans sa rédaction datant de 1804).

La loyauté est donc attendue des parties, en matière de déclaration du risque pour l'assuré, ou en matière d'information pour l'entreprise ou l'intermédiaire d'assurance. Ce devoir d'information, qui s'exerce notamment lorsque le professionnel détient une information déterminante pour l'assuré, que ce dernier peut légitimement ignorer⁽¹⁾, intervient à différents niveaux :

- les informations objectives communes à tous les assurés, contenues dans la documentation contractuelle ;
- les informations subjectives personnalisées, adaptées à la situation de l'assuré, qui demandent une démarche active de la part du professionnel pour proposer un contrat approprié ;
- les informations spécifiques qui nécessitent d'alerter l'assuré (insuffisance, complexité du contrat...).

Ce sont ces dernières qui ont généré, dans les années 1990, une nouvelle obligation pour les assureurs, créée par la jurisprudence : **le devoir de mise en garde**.

Il s'agit, pour le professionnel d'assurance, d'attirer l'attention, d'alerter, d'éclairer l'assuré sur des points particuliers. La mise en œuvre de ce devoir est d'autant plus attendue que le contrat est complexe,

mais elle peut s'exprimer dans tout contrat.

Sans que le contrat présente une complexité particulière, la mise en garde peut concerner par exemple le vocabulaire utilisé, lorsque sa portée diffère entre la définition du langage courant et la définition contractuelle (pièce d'habitation, accident...).

LE DEVOIR DE MISE EN GARDE S'EXERCE AVANT ET PENDANT LA VIE DU CONTRAT

Au stade précontractuel, le professionnel d'assurance (ou le souscripteur, dans le cas d'un contrat collectif) doit attirer l'attention du candidat à l'assurance sur le contenu du contrat.

Le futur assuré doit notamment être alerté si une garantie qu'il aurait intérêt à souscrire ne figure pas dans le contrat proposé, ou si ce dernier pourrait être utilement enrichi par une garantie complémentaire. Il en est de même avec les limitations des garanties. L'assureur doit vérifier auprès de l'assuré que les risques couverts par les garanties correspondent à sa situation personnelle. Pour cela, le professionnel doit avoir une démarche active pour connaître précisément cette situation.

Ainsi, l'assureur évitera par exemple de proposer à un futur assuré travaillant à l'étranger un contrat prévoyant une garantie perte d'emploi qui s'applique uniquement à une personne salariée en France⁽²⁾, ou, dans le cas d'une assurance emprunteur, une garantie qui, limitée à un âge de l'adhérent, ne couvrirait pas l'intégralité du crédit⁽³⁾.

Dans le cas d'un contrat d'assurance vie en unités de compte, la mise en garde peut porter, selon les connaissances financières du futur assuré, sur le fait que le nombre d'unités de compte est garanti, mais non leur valeur, dont l'évolution dépend des variations du support choisi. En assurance vie, il est également du devoir de l'assureur d'alerter immédiatement son assuré si le document qu'il fournit pour modifier le bénéficiaire désigné de son contrat est inexploitable⁽⁴⁾, et de manière générale de l'informer sur les formes possibles, et les conséquences associées, de la désignation du bénéficiaire⁽⁵⁾.

En cours de vie du contrat, le devoir de mise en garde s'exerce également. À l'occasion d'une modification du contrat, l'assuré doit être précisément informé des différences entre l'ancien contrat et le nouveau, en particulier lorsqu'elles lui sont défavorables. Il peut s'agir de cotisations plus élevées pour un même niveau de couverture, d'une restriction de garantie qui n'existait pas sur le contrat précédent, etc.

Par ailleurs, le professionnel d'assurance doit attirer l'attention de l'assuré sur les conséquences précises d'un non-paiement de la prime, notamment de la résiliation à l'initiative de l'assureur et ses conditions (information de l'intention de résilier, conservation des cotisations par l'assureur...) ⁽⁶⁾.

LES LIMITES DU DEVOIR DE MISE EN GARDE

Comme pour le devoir d'information et de conseil, le devoir de mise en garde trouve sa limite dans l'obligation qu'a l'assuré

(ou le candidat à l'assurance), d'une part, de déclarer correctement son risque, et d'autre part, de prendre connaissance des documents contractuels qui lui sont remis.

Ainsi, si ces documents sont clairs et explicites, et qu'ils sont en adéquation avec le risque déclaré, le professionnel d'assurance n'est pas tenu de mettre en garde son futur assuré. Il ne pourra pas être reproché à l'assureur d'avoir manqué à ce devoir de mise en garde si la déclaration de risque est erronée⁽⁷⁾ ou si l'assuré n'a pas émis de réserve sur une proposition d'assurance claire et précise⁽⁸⁾.

CONCLUSION

Dans les litiges soumis à la Médiation de l'Assurance, certains pourraient être évités par une meilleure mise en œuvre du devoir de mise en garde par les professionnels.

On peut citer la définition contractuelle d'une « pièce » dans un contrat d'assurance habitation, ou d'un « accident » en assurance prévoyance ; ou encore des conditions de souscription spécifiques, limitées dans le temps, pour un contrat d'assurance annulation de voyage, sur lesquelles l'assuré n'a pas été alerté...

Les exemples sont nombreux et variés ; ils touchent toutes les branches du marché de l'assurance.

Le devoir de mise en garde bénéficie à la relation entre assurés et assureurs, qui se construit sur la confiance entre les parties. Bien qu'il ne soit pas défini précisément et découle d'une construction jurisprudentielle, il est un élément indispensable pour un marché de l'assurance apaisé. ■

⁽¹⁾ Article 1112-1 du Code civil.

⁽²⁾ Cass. 2^e Civ., 23 juin 2016, n° 15-12.113.

⁽³⁾ Cass. 2^e Civ., 24 mai 2006, n° 04-14.024 ; 3 mai 2006, n° 05-12.639 ; Cass. 2^e Civ., 2 octobre 2008, n° 07-16.018 ; 30 juin 2016, n° 15-22.905 ; Cass. 1^{re} Civ., 30 novembre 2016, n° 15-21.724, 15-23.004.

⁽⁴⁾ Cass. 1^{re} Civ., 17 novembre 1998, n° 96-18.152.

⁽⁵⁾ Article L.132-9-1 du Code des assurances.

⁽⁶⁾ Cass. 2^e Civ., 20 décembre 2007, n° 06-21.455.

⁽⁷⁾ Cass. 2^e Civ., 24 mars 2016, n° 15-15.075.

⁽⁸⁾ Cass. 2^e Civ., 7 février 2019, n° 17-31.348.

LA NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE, UNE SANCTION LOURDE DE CONSÉQUENCES POUR L'ASSURÉ

Le contrat d'assurance repose sur le principe de la bonne foi, qui s'impose en matière contractuelle⁽¹⁾.

Il est donc nécessaire pour l'assureur, en tant que co-contractant, d'être en mesure d'apprécier exactement le risque qu'on lui propose de garantir avant de l'accepter. Aussi, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle qui change l'objet du risque garanti, l'assureur est en droit de se prévaloir, à l'encontre de l'assuré, d'une nullité de son contrat d'assurance pour refuser de prendre en charge un sinistre, même si le risque omis ou dénaturé est sans influence sur le sinistre. Cette sanction est lourde de conséquences pour l'assuré, car elle anéantit le contrat d'assurance souscrit; de surcroît, l'assureur conserve les primes déjà payées à titre de dommages et intérêts.

Néanmoins, la jurisprudence vient empêcher tout aspect automatique de cette sanction en posant des conditions strictes à respecter par l'assureur pour pouvoir appliquer cette sanction à l'assuré.

Pour opposer valablement la nullité du contrat d'assurance, l'assureur doit prouver :

- d'une part, une réticence ou une fausse déclaration de l'assuré, réalisée de façon intentionnelle;
- d'autre part, que cette fausse déclaration intentionnelle a une incidence directe sur le « risque garanti en litige ».

UNE RÉTICENCE OU UNE FAUSSE DÉCLARATION DE L'ASSURÉ RÉALISÉE DE FAÇON INTENTIONNELLE

L'article L.113-2 2° du Code des assurances précise que « L'assuré est obligé [...] de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, **notamment** dans le formulaire de déclaration du risque par lequel l'assureur l'interroge, lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend en charge; (...) ».

Selon la jurisprudence, la sincérité des déclarations de risque s'apprécie en fonction des réponses données par le souscripteur aux **questions précises posées par l'assureur** avant la conclusion du contrat d'assurance afin d'apprécier le risque qu'il se propose de garantir⁽²⁾. Elle exige également que l'inexactitude de la déclaration consignée dans la proposition d'assurance procède d'une **réponse « personnelle » donnée par l'assuré** à une question « précise » posée par l'assureur lors de la conclusion du contrat d'assurance⁽³⁾.

Si la jurisprudence évoque la notion de « questions précises » à poser par l'assureur, elle n'a pas indiqué à ce jour la nature du support à privilégier pour recueillir ces questions. L'utilisation de l'adverbe « notamment » dans l'article L.113-2 2° du Code des assurances n'exclut pas l'utilisation d'autres supports que le formulaire de déclaration de risque.

Ces questions précises peuvent donc résulter d'un questionnaire médical ou d'un formulaire de déclaration du risque⁽⁴⁾.

En revanche, il n'est pas nécessaire que l'assureur justifie avoir soumis un formulaire de déclaration de risque à l'assuré. La Cour de cassation estime en effet que « la production par l'assureur d'un formulaire de déclaration de risque distinct du contrat d'assurance n'est rendue obligatoire par aucune disposition législative ou réglementaire »⁽⁵⁾. Les réponses aux questions pourraient donc émaner *a fortiori* d'autres documents précontractuels (fiche conseil...).

En revanche, la jurisprudence a précisé que l'assureur ne pourra pas prouver de fausses déclarations intentionnelles en s'appuyant uniquement sur **une déclaration préimprimée** insérée dans les conditions particulières de la police non précédée de questions précises et au bas de laquelle l'assuré s'est borné à apposer sa signature. L'assureur ne peut donc se prévaloir d'aucune sanction à l'encontre de l'assuré qui se serait abstenu de corriger les inexactitudes contenues dans le document prérédigé qu'il a signé⁽⁶⁾. Depuis cet arrêt de 2014 de la chambre mixte, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation condamne systématiquement l'usage de mentions préimprimées dans les conditions particulières⁽⁷⁾.

La Médiation de l'Assurance est souvent amenée à déterminer si les déclarations préimprimées figurant dans les conditions particulières résultent ou non de questions précises auxquelles l'assuré a répondu de façon individualisée avant la conclusion de son contrat.

Un assuré avait signé les conditions particulières de son contrat d'assurance habita-

tion contenant la déclaration préimprimée, selon laquelle « il déclarait ne pas avoir pas fait l'objet d'une résiliation pour non-paiement par son précédent assureur dans les 36 mois précédant la souscription de son contrat ». Il reprochait à l'assureur de frapper son contrat d'assurance habitation de nullité à la suite de la déclaration de trois sinistres.

En effet, il expliquait qu'aucune question ne lui avait été posée à ce sujet dans la phase préalable à la signature des conditions particulières de son contrat. L'examen de la fiche d'étude personnalisée et du document de conseil signés par l'assuré avant la conclusion de son contrat a établi qu'il n'y figurait effectivement aucune question à ce sujet. Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, l'assureur ne justifiait pas l'application de la nullité du contrat d'assurance en présence de cette seule déclaration préimprimée.

Une fois la fausse déclaration établie, l'assureur doit également prouver le **caractère intentionnel** de cette fausse déclaration de l'assuré. Ce dernier aurait alors pour objectif de tromper l'assureur sur le risque à garantir, par exemple pour obtenir des conditions plus favorables.

Enfin, si l'assureur prouve que l'assuré a répondu faussement à une question qui lui a été posée par l'assureur dans l'intention de le tromper sur l'objet du risque à garantir, encore faut-il que cette fausse déclaration intentionnelle ait une **incidence directe sur le « risque garanti objet du litige »** pour que l'assureur puisse valablement opposer la nullité du contrat d'assurance à l'assuré.

(5) Cass. 2^e Civ., 14 avril 2016, n° 15-16.808.

(6) Cass. Ch. mixte, 7 février 2014, n° 12-85.107.

(7) Cass. 2^e Civ., 6 mars 2014, n° 13-12.136, RGDA 2014.261, note M. Asselain; 12 juin 2014, n° 13-18.936, RCA 2014, n° 320, note H. Groutel; 3 juillet 2014, n° 13-21.734 et 13-18.760, LEDA 2014, n° 117, obs. V. Nicolas; RGDA 2014, p. 443, note A. Pélissier; 11 septembre 2014, n° 13-22.429, RDI 2014. 577, obs. P. Dessuet; RGDA 2014. 501, note J. Kullmann; 5 février 2015, n° 13-28.538, RGDA 2015. 133, note J. Kullmann; 26 mars 2015, n°14-15.20, AJDI 2015. 432, obs. F. de La Vaissière.

(1) Article 1104 du Code civil.

(2) Cass. Ch. mixte, 7 février 2014, n° 12-85.107.

(3) Cass. 2^e Civ., 4 octobre 2018, n° 17-25.967.

(4) Cass. 2^e Civ., 11 juin 2015, n° 14-14.336 et 14-17.971; 4 février 2016, n° 15-10.204 et 15-13.757; 19 mai 2016, n° 15-20.233; 18 mai 2017, n° 16-14.262; 29 juin 2017, n° 16-18.975; 14 déc. 2017, n° 16-26.702.

LA FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE A UNE INCIDENCE DIRECTE SUR LE « RISQUE GARANTI EN LITIGE »

Un courant jurisprudentiel ancien, initié par la première chambre civile de la Cour de cassation, précise que « la réticence ou la fausse déclaration intentionnelle s'apprécie, en présence d'un contrat d'assurance couvrant plusieurs risques, par rapport **“au risque en litige”** ».

Cette solution a été énoncée pour la première fois en 1996 par la première chambre civile en matière d'assurance automobile couvrant plusieurs risques : **« en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle faite par l'assuré à l'occasion de la souscription d'une police garantissant plusieurs risques distincts, l'appréciation de la portée, en ce qui concerne l'assureur, de cette réticence ou fausse déclaration, doit se faire par rapport à chaque risque en litige, mais indépendamment des circonstances du sinistre »**⁽⁸⁾.

Depuis, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a rendu plusieurs décisions rappelant ce principe en matière d'assurance de personnes ou d'assurance automobile couvrant plusieurs risques.

Une décision a tout d'abord été rendue en 2006 en matière d'assurance emprunteur de groupe couvrant le risque de maladie et de perte d'emploi⁽⁹⁾.

Les assurés avaient adhéré à un contrat collectif d'assurance emprunteur garantissant les risques maladie et perte d'emploi. Monsieur a déclaré une incapacité de travail à l'assureur qui en a refusé la prise en charge en lui opposant la nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle sur son état de santé à la souscription. Ultérieurement, il a également sollicité la mise en jeu de la garantie perte d'emploi et s'est vu opposer à nouveau, au titre de cette garantie, un refus de prise en

charge en raison de la nullité du contrat. La deuxième chambre civile a cassé la décision de la cour d'appel, jugeant que « pour statuer comme il l'a fait, l'arrêt énonce que la fausse déclaration intentionnelle a changé l'objet du risque ou en a diminué l'opinion pour l'assureur pour tous les risques couverts et qu'il importe peu que la maladie qui a affecté l'assuré en 2002 soit différente de celle qui l'amène à solliciter la garantie de la société d'assurance au titre du contrat souscrit le 26 septembre 2001 ; **que le contrat étant nul, M. et Mme X... ne peuvent qu'être déboutés de leurs demandes au titre de la maladie du mari et de sa perte d'emploi ; Qu'en statuant ainsi, la cour d'appel a violé le texte susvisé** ».

La Cour de cassation a estimé, par rapport à la garantie perte d'emploi (risque garanti en litige), que la nullité ne pouvait trouver à s'appliquer, faute pour l'assureur de prouver que la fausse déclaration affectant le risque maladie affecterait également le risque perte d'emploi et reproche ainsi aux juges du fond de ne pas avoir vérifié que la fausse déclaration pouvait affecter les deux risques.

Puis, une autre décision a été rendue en 2009 en matière d'assurance automobile couvrant les risques de responsabilité civile et de vol⁽¹⁰⁾. Dans cet arrêt, la deuxième chambre civile a jugé que « la cour d'appel relève, d'une part, que le véhicule en cause modèle sport de couleur jaune était de nature à susciter la convoitise, du moins, attirer l'attention des malfaiteurs, d'autre part, que le jeune (fils de l'assuré) ne disposait pas de la même expérience de conduite que son père ; Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel, procédant à la recherche prétendument **omise, a pu déduire que la fausse déclaration intentionnelle commise par l'assuré lors de la souscription de la police avait été de nature à modifier l'opinion du risque pour l'assureur tant en ce qui concerne le risque accident que le risque vol** ».

Enfin, cette solution a été rappelée dernièrement dans une décision rendue le 6 juillet 2023⁽¹¹⁾ en présence d'un contrat collectif d'assurance emprunteur couvrant les risques décès, perte totale et irréversible d'autonomie « PTIA » et incapacité de travail.

Un particulier avait adhéré à une assurance couvrant les risques décès et PTIA souscrite par une banque auprès d'une société d'assurance afin de garantir le remboursement d'un prêt professionnel. Après le décès de l'assuré, l'assureur a refusé de mobiliser la garantie décès en raison de fausses déclarations intentionnelles de l'assuré. Les ayants droit de l'assuré ont saisi le tribunal judiciaire afin de contester ce refus de garantie et d'obtenir le versement du capital décès restant dû auprès de l'assureur.

La Cour d'appel a débouté les ayants droit de l'assuré de ses demandes, entérinant ainsi la nullité du contrat d'assurance de l'assuré. Pour motiver sa solution, la cour d'appel a précisé que « lorsque l'assurance couvre, comme en l'espèce, l'incapacité de travail, les renseignements que l'assureur a besoin de connaître pour apprécier ce risque sont beaucoup plus étendus que pour la seule assurance décès, car les causes d'incapacité de travail sont plus diverses que celles du décès. Il en déduit que les fausses déclarations ont nécessairement diminué l'opinion du risque pour l'assureur, même si ce risque a été sans incidence sur le sinistre, causé par le suicide de l'assuré ».

La deuxième chambre civile de la Cour de cassation juge « qu'en se déterminant ainsi, sans rechercher **si les fausses déclarations retenues avaient été de nature à changer l'objet du risque “décès”** ou à en modifier l'opinion pour l'assureur, la cour d'appel a privé sa décision de base légale ».

Des affaires similaires ont également été

soumises à la Médiation de l'Assurance, qui étudie alors cette condition de l'incidence de la fausse déclaration sur le risque objet du litige au moment de la conclusion du contrat d'assurance.

Un assuré avait souscrit un contrat d'assurance de prévoyance pour le garantir en cas de décès et d'invalidité consécutive à un accident. L'assuré a subi une opération à la suite de laquelle il a sollicité la mise en œuvre de la garantie invalidité de son contrat, prétendant être victime d'un accident médical. L'assureur a refusé de mobiliser la garantie invalidité suite à accident et fait application à l'assuré d'une nullité de son contrat d'assurance, en se fondant sur l'expertise médicale réalisée par son médecin-conseil, qui mettait en évidence une fausse déclaration intentionnelle dans le questionnaire de santé signé par l'assuré. L'assuré avait répondu « non » à la question « avez-vous eu au cours de votre vie : une maladie respiratoire ? » alors que la pathologie non déclarée avait déjà un caractère « répétitif » au moins trois ans avant la souscription du contrat. L'assuré invoquait pour sa défense que la pathologie non déclarée à la souscription n'avait pas eu d'incidence sur la garantie invalidité en cas d'accident objet du litige.

Si l'assureur démontrait bien la fausse déclaration intentionnelle (l'assuré ne pouvait ignorer, compte tenu du caractère chronique de l'affection, la nécessité de la porter à la connaissance de l'assureur lors de la signature du questionnaire de santé), en revanche il ne démontrait pas l'incidence qu'avait eue cette fausse déclaration intentionnelle à la souscription sur le risque à garantir, objet du litige, dans la mesure où l'assureur ne garantissait pas l'assuré contre le risque invalidité **en cas de maladie**.

Dès lors, l'assureur ne justifiait pas l'application de la nullité du contrat d'assurance. ■

Karine Mespoulet-Beauves

⁽⁸⁾ Cass. 1^{re} Civ., 3 janvier 1996, n° 93-18.812.

⁽⁹⁾ Cass. 2^e Civ., 21 décembre 2006, n° 05-22.078.

⁽¹⁰⁾ Cass. 2^e Civ., 2 avr. 2009, n° 08-12942.

⁽¹¹⁾ Cass. 2^e Civ., 6 juillet 2023, n° 22-11045.

LES CLAUSES D'EXCLUSION

DÉCISIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Qualification juridique : exclusion de garantie ou objet du risque assuré

La clause limitant la mise en œuvre de la garantie à des conditions de surface maximum n'est pas une clause d'exclusion mais une précision de la définition de l'objet du risque assuré.

Cass. 3^e Civ., 1^{er} mars 2023, n° 21-23.375

Le droit spécial des assurances prévaut sur le droit commun

La validité des clauses d'exclusion de garantie, régie par l'article L.113-1 du Code des assurances, ne peut être cumulativement examinée au regard de l'article 1131 du Code civil.

Cass. 2^e Civ., 12 oct. 2023, n° 22-13.759

Caractère d'ordre public des articles L.112-4 et L.113-1 du Code des assurances

En matière d'assurances de dommages non obligatoires, les dispositions d'ordre public des articles L.112-4 et L.113-1 du Code des assurances sont applicables quelle que soit la loi régissant le contrat.

Cass. 2^e Civ., 15 juin 2023, n° 21-20.538

Conditions de validité de la clause d'exclusion : son caractère formel

Le caractère formel de la clause doit être apprécié au regard de la garantie assurée et non de l'ensemble des garanties de la police.

Cass. 2^e Civ., 9 fév. 2023, n° 21-18.067

Opposabilité de la clause d'exclusion

Une clause d'exclusion de garantie ne peut être opposée par l'assureur à l'adhérent d'une assurance de groupe que si la notice d'information a été remise par le souscripteur à l'adhérent (article L.141-4 du Code des assurances)*.

Il appartient à l'assureur de démontrer que la clause d'exclusion invoquée a été connue et acceptée par l'assuré pour pouvoir l'opposer**.

Cass. 2^e Civ., 30 mars 2023, n° 21-21.008* *Cass. 3^e Civ., 11 mai 2023, n° 21-21.402*

Charge de la preuve

C'est à l'assureur qui oppose une exclusion de garantie de rapporter la preuve de la réunion des conditions de fait de celle-ci (articles 1353 du Code civil et L.113-1 du Code des assurances).

Cass. 2^e Civ., 9 nov. 2023, n° 22-11.570

CLAUSE INVALIDÉE PAR LA COUR DE CASSATION

Pertes d'exploitation : « Lorsque » est sujet à interprétation

La Cour de cassation a invalidé la clause selon laquelle « demeure toutefois exclue : la fermeture consécutive à une fermeture collective d'établissements dans une même région ou sur le plan national, lorsque la fermeture est la conséquence d'une violation volontaire à la réglementation, de la déontologie ou des usages de la profession ».

La clause d'exclusion de garantie, rendue ambiguë par l'usage de la conjonction de subordination « lorsque », nécessite interprétation de sorte qu'elle n'est pas formelle.

Cass. 2^e Civ., 25 janv. 2024, n° 22-14.739

CLAUSES VALIDÉES PAR LA COUR DE CASSATION

Pertes d'exploitation

La Cour de cassation a validé la clause excluant la prise en charge des « pertes d'exploitation consécutives à la fermeture provisoire totale ou partielle de l'établissement assuré, lorsque [...] La décision de fermeture est la conséquence [...] d'une épidémie [...] », estimant qu'elle respecte les caractères formels et limités exigés par l'article L.113-1 du Code des assurances.

La clause est formelle car la circonstance particulière de réalisation du risque privant l'assuré de la garantie n'était pas l'épidémie (mais, à la date de fermeture, la fermeture administrative d'un autre établissement pour une cause identique), de sorte que l'ambiguïté du terme épidémie était sans incidence sur la compréhension par l'assuré des cas d'exclusion.

La clause est limitée car la garantie couvre le risque des pertes d'exploitation consécutives, non pas à une épidémie, mais à une fermeture administrative ordonnée à la suite d'une maladie contagieuse, d'un meurtre, d'un suicide, d'une épidémie ou d'une intoxication. Ainsi, l'exclusion considérée laisse dans le champ de la garantie les pertes d'exploitation consécutives à une fermeture administrative liée à ces autres causes ou survenue dans d'autres circonstances que celles prévues par la clause d'exclusion, induisant qu'elle n'a pas pour effet de vider la garantie de sa substance.

Cass. 2^e Civ., 19 janv. 2023, n° 21-21.516 et n° 21-23.189 ; Cass. 2^e Civ., 25 mai 2023, n° 22-15.826, n° 22-16.479, n° 22-15.936, n° 21-23.805, n° 22-15.935, n° 21-24.684 et n° 22-16.480 ; Cass. 2^e Civ., 6 juil. 2023, n° 21-24.039

Responsabilité civile professionnelle

Les clauses qui excluent de la garantie « les dépenses engagées pour la réalisation ou la finition du marché de l'assuré »* ou « les dommages corporels, matériels et immatériels (consécutifs ou non), causés par l'amiante et ses dérivés »** sont formelles et limitées.

Cass. 3^e Civ., 14 sept. 2023, n° 21-23.673* *Cass. 2^e Civ., 21 sept. 2023, n° 21-19.776*



5

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ



LES ÉTUDES DE CAS EN
ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

5A

LA RELATION
CONTRACTUELLE



A. LA RELATION CONTRACTUELLE

L'ASSURÉ DOIT INFORMER L'ASSUREUR DE L'ÉVOLUTION DE SON PATRIMOINE

Le devoir de conseil se poursuit tout au long de la vie du contrat. Pour conseiller efficacement en cours de contrat, l'assureur doit être informé des circonstances nouvelles affectant le risque.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance pour garantir son habitation. Il est victime d'un cambriolage au cours duquel des objets de valeur sont dérobés, notamment un bien estimé à 100 000 euros, acquis après la souscription du contrat.

L'assuré déclare le sinistre à son assureur, qui délivre sa garantie vol, mais limite l'indemnisation des biens précieux à 6 000 euros, conformément au plafond de garantie prévu par le contrat.

L'assuré conteste l'application du plafond de garantie, en précisant que le contrat a été souscrit en 2012 et que, depuis cette date, sa situation patrimoniale a évolué. Il invoque le fait que l'assureur connaissait l'évolution de sa situation, car il a, depuis, souscrit auprès de lui de nouveaux contrats d'assurance habitation pour garantir différents appartements dont il est devenu propriétaire.

L'assuré soulève ainsi un manquement de l'assureur à son devoir de conseil en cours de contrat : il estime que ce dernier aurait dû lui proposer d'augmenter le capital de la garantie vol de son contrat habitation, ayant connaissance de l'augmentation de son patrimoine immobilier.

ANALYSE

L'assureur est tenu à un devoir de conseil à l'égard de l'assuré tout au long de la vie du contrat⁽¹⁾. Si l'assureur est informé de circonstances nouvelles affectant le risque, ou de risques nouveaux, il doit conseiller à son client d'adapter son contrat d'assurance. En revanche, si l'assuré ne déclare pas ces circonstances nouvelles (dans notre cas, l'acquisition de biens de valeur), il n'appartient pas à l'assureur de conseiller l'assuré sur ce qu'il ne connaît pas ou n'est pas censé connaître.

DÉCLARATION DU RISQUE

La Cour de cassation a jugé à ce sujet que, lorsque l'information transmise par l'assuré est complète et précise, l'assureur engagerait sa responsabilité en ne l'alertant pas sur la nécessité d'augmenter le montant de la garantie⁽²⁾.

Cependant, elle considère que l'assureur n'est pas tenu de s'informer périodiquement de l'évolution de la valeur des biens à assurer.

Ainsi, c'est à l'assuré qu'il revient de signaler à son assureur tout changement de situation⁽³⁾.

En l'absence de déclaration de l'assuré sur l'acquisition de biens de valeur en cours de contrat, l'assureur ne pouvait connaître l'évolution de son patrimoine.



SOLUTION

L'assuré a porté à la connaissance de l'assureur l'augmentation de son patrimoine immobilier, ce qui n'induisait pas forcément l'acquisition d'objets de valeur. Par ailleurs, l'assuré n'a pas effectué de déclaration précise auprès de son assureur concernant l'acquisition d'objets de valeur. L'assureur n'était donc pas en mesure, faute d'information sur l'acquisition de ces biens de valeur, de le conseiller efficacement en faisant évoluer le montant de sa garantie vol. Ainsi, l'assureur n'a commis aucun manquement à son devoir de conseil en cours de contrat. ■

Anaïs Macouin

L'assuré doit déclarer à son assureur tout changement relatif au risque assuré, afin d'adapter son contrat d'assurance à ses nouveaux besoins.

L'assureur n'est pas tenu de s'informer de la valeur des biens assurés. En l'absence de déclaration de l'assuré, il ne peut lui être reproché un manquement à son devoir de conseil en cours de contrat.

⁽¹⁾ Cass. 2^e Civ., 5 juillet 2006, n° 04-10.273.

⁽²⁾ Voir Cass. 2^e Civ., 21 décembre 2006, n° 06-13158.

⁽³⁾ Cass. 1^{re} Civ., 17 février 2021, n° 19-19.110.

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

L'ASSUREUR DOIT CONSEILLER UN CONTRAT D'ASSURANCE COHÉRENT AVEC LA SITUATION DE L'ASSURÉ

L'assureur peut choisir de limiter sa prise en charge contractuelle en plafonnant les capitaux garantis. Il demeure toutefois tenu de conseiller à l'assuré un contrat adapté à ses besoins.

CONTEXTE

Après une visite de risque réalisée par l'assureur, un assuré souscrit un contrat habitation comportant notamment une garantie des installations extérieures.

Au cours d'une tempête, la chute d'un arbre occasionne des dommages à ses espaces extérieurs et notamment à sa piscine. L'assuré déclare le sinistre à son assureur et sollicite la prise en charge des dommages.

Après expertise, ces désordres sont évalués à 25 200 euros. Toutefois, se prévalant d'un plafond de garantie, l'assureur limite sa prise en charge à la somme de 3 200 euros.

L'assuré conteste cette offre d'indemnisation. Il estime que l'assureur, qui connaissait, grâce à la visite de son risque, la valeur réelle de ses installations, ne lui a pas conseillé un contrat comportant une garantie des installations extérieures adaptée.

ANALYSE

En vertu de l'article L.521-4 du Code des assurances, il pèse sur le distributeur d'assurance (assureur, intermédiaire d'assurance), avant la conclusion d'un contrat d'assurance, un devoir de conseil à l'égard de l'assuré, qui se traduit par le fait de proposer un contrat d'assurance cohérent avec les besoins et exigences exprimés par le client.

La jurisprudence⁽¹⁾ précise, dans le cas particulier où l'assureur a visité le risque de l'assuré avant la souscription de son contrat d'assurance, que ce dernier doit, dans la mesure où il a pu constater l'insuffisance de garantie, mettre en garde l'assuré sur l'inadéquation de la garantie souscrite à sa situation et lui proposer une garantie adéquate.

DEVOIR DE CONSEIL



Conformément à une jurisprudence constante⁽²⁾, c'est à l'assureur de rapporter la preuve d'avoir satisfait à son devoir de conseil vis-à-vis de l'assuré.

Les extérieurs attenants à la résidence de l'assuré comportaient un jardin de 3 800 m² avec clôture, deux portails, un bois de chênes ainsi qu'une piscine. Aussi, le plafond proposé était en inadéquation avec sa situation.

L'assureur ne prouve pas par ailleurs qu'il a conseillé à l'assuré de souscrire un plafond de garantie supérieur, plus proche de la valeur réelle de ses installations extérieures. Il n'apporte pas non plus la preuve qu'il l'a mis en garde sur l'insuffisance du capital souscrit et les conséquences pouvant en résulter.

SOLUTION

Dès lors, à défaut d'avoir pleinement rempli son devoir de conseil, l'assureur est tenu de prendre en charge le préjudice en découlant pour l'assuré. Ce dernier réside en sa perte de chance de bénéficier d'un capital garanti supérieur pour ses installations extérieures et sa piscine. Le Médiateur a estimé cette perte de chance à 50 %. ■

Joanna Audisio

L'assureur doit veiller, au titre de son devoir de conseil, à proposer un contrat adapté aux caractéristiques du risque et aux besoins en assurance de l'assuré et l'alerter, si nécessaire, sur son inadéquation avec sa situation personnelle. Si, après une visite du risque, il a conseillé un contrat inadéquat à la situation de l'assuré, l'assureur sera tenu d'indemniser la perte de chance pour l'assuré d'avoir pu souscrire un contrat cohérent avec sa situation.

Avant la souscription de son contrat, l'assuré doit également veiller à porter une attention particulière à l'évaluation de ses capitaux pour pouvoir, le cas échéant, en revoir les montants avec l'assureur avant la signature de son contrat.

⁽¹⁾ Cass. 2^e Civ., 8 décembre 2016, n° 15.25.128.

⁽²⁾ Cass. 1^{re} Civ., 25 février 1997, n° 94-19.685

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

LA TONDEUSE AUTOPORTÉE EST SOUMISE À L'OBLIGATION D'ASSURANCE DES VÉHICULES TERRESTRES À MOTEUR

Le contrat d'assurance habitation ne couvre pas toutes les tondeuses à gazon : dans certains cas, une assurance automobile spécifique à l'engin est obligatoire.

CONTEXTE

Au cours d'un été, un incendie a endommagé la tondeuse autoportée⁽¹⁾ d'un assuré. Ce dernier demande à son assureur la prise en charge du sinistre au titre de son contrat d'assurance habitation.

L'assureur refuse de prendre en charge le sinistre, car la tondeuse n'est pas couverte par son contrat d'assurance habitation.

L'assuré estime que son assureur a manqué à son devoir de conseil lors de la souscription de son contrat.

ANALYSE

L'article L.211-1 du Code des assurances dispose que « Toute personne physique ou toute personne morale autre que l'État, dont la responsabilité civile peut être engagée en raison de dommages subis par des tiers résultant d'atteintes aux personnes ou aux biens dans la réalisation desquels un véhicule est impliqué, doit, pour faire circuler celui-ci, être couverte par une assurance garantissant cette responsabilité, dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État. Pour l'application du présent article, on entend par "véhicule" tout véhicule terrestre à moteur, c'est-à-dire tout véhicule automoteur destiné à circuler sur le sol et qui peut être actionné par une force mécanique sans être lié à une voie ferrée, ainsi que toute remorque, même non attelée ».

La jurisprudence, après plusieurs débats, reconnaît la tondeuse autoportée comme un engin à moteur doté de quatre roues et équipé d'un siège, de sorte qu'il s'agit d'un véhicule terrestre à moteur⁽²⁾, soumis à l'obligation d'assurance.

La tondeuse autoportée est assujettie, comme tout véhicule terrestre à moteur, à l'assurance automobile obligatoire.

HABITATION



C'est la raison pour laquelle, depuis 2004, de tels engins relevant de l'assurance automobile obligatoire sont exclus des contrats d'assurance habitation.

Le contrat d'assurance habitation de l'assuré prévoyait bien une clause d'exclusion des dommages subis par les véhicules terrestres à moteurs soumis à l'obligation d'assurance.

SOLUTION

L'assureur excluait expressément dans les conditions générales de son contrat d'assurance habitation la couverture de la tondeuse autoportée : il n'était donc pas tenu de prendre en charge le sinistre incendie.

S'agissant du devoir de conseil de l'assureur, celui-ci trouve sa limite dans l'obligation qui pèse sur l'assuré de prendre connaissance des documents contractuels qui lui sont remis. L'assuré, en apposant sa signature au bas des conditions particulières, en avait approuvé le contenu et avait reconnu avoir pris connaissance des conditions générales du contrat, où figurait la clause d'exclusion. ■

Sixtine de Laage de Meux

Les propriétaires des tondeuses autoportées doivent donc souscrire une assurance automobile pour ce type d'engins, même s'ils ne sont utilisés que dans leur jardin et non sur une voie de circulation. Le contrat doit prévoir *a minima* une garantie responsabilité civile obligatoire qui aura vocation à jouer si la tondeuse causait des dommages à autrui (blessure d'une personne, dégât causé à un autre véhicule, etc.).

⁽¹⁾ Une tondeuse autoportée, ou « tracteur tondeuse », est une tondeuse sur laquelle l'utilisateur est assis.

⁽²⁾ 24 juin 2004, n°02-20.208, Bull. civ. II, n° 308; D. 2004. 2197, et les obs.; *ibid.* 2005. 1317, obs. H. Groutel

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

LES CONSÉQUENCES
DE LA FAUTE DE L'EXPERT

La faute de l'expert n'entraîne pas, en principe, la responsabilité de l'assureur. Ce dernier n'est donc pas tenu à l'égard de l'assuré par les fautes commises au cours de l'expertise.

CONTEXTE

En 2008, un assuré a acheté un véhicule neuf auprès d'un professionnel. Le jour de l'acquisition, il a constaté des dysfonctionnements de la boîte de vitesse. Le lendemain, le véhicule est tombé en panne en raison d'un problème d'embrayage.

L'assuré a sollicité l'intervention de son assureur de protection juridique pour intenter un recours contre le professionnel de l'automobile au titre de la garantie des vices cachés, afin d'obtenir le remboursement ou le remplacement du véhicule. L'assureur a missionné un cabinet d'expertise, qui a conclu qu'il n'existait aucun dysfonctionnement, hormis une odeur résiduelle de garniture d'embrayage brûlée.

L'assuré a donc mis en œuvre, de son propre chef, une autre expertise contradictoire, dans laquelle le nouvel expert a conclu à l'existence d'un vice de fabrication sur l'embrayage et la boîte de vitesse.

Une procédure a finalement été engagée et les juridictions ont reconnu l'existence d'un vice caché et ordonné la résolution de la vente.

À la suite de cette procédure, l'assuré a cherché à engager la responsabilité de l'assureur du fait de l'expert et de son refus de diligenter une nouvelle expertise.

ANALYSE

Par principe, l'expert n'est pas mandataire de l'assureur dans la mesure où le contrat de mandat concerne la réalisation d'actes juridiques. Le contrat entre l'assureur et l'expert est un contrat d'entreprise. Il en découle qu'une faute de l'expert, professionnel indépendant, n'engage par principe que sa propre responsabilité.

D'après les éléments du dossier, l'expertise réalisée par le cabinet missionné par l'assureur de protection juridique souffrait de carences manifestes. En effet, celle-ci a été effectuée unilatéralement, sans que l'assuré en soit informé. Il en est ressorti qu'une odeur de garniture d'embrayage brûlée émanait du véhicule. Cependant, l'expert a conclu que le véhicule ne présentait pas d'anomalie particulière. Il a, par ailleurs, imputé les

EXPERTISE

dysfonctionnements de l'embrayage à la conduite de l'assuré, quand bien même le véhicule ne présentait que soixante kilomètres au compteur.



SOLUTION

La relation entre l'assureur et l'expert ne permet pas d'engager la responsabilité du premier en cas de faute commise par le second. Ainsi, l'assureur de protection juridique ne peut être tenu pour responsable des éventuelles fautes pouvant être reprochées à l'expert qu'il a saisi dans le cadre de l'étude du recours contre le professionnel de l'automobile. Il importe alors peu que l'expert ait commis ou non une faute en refusant de réaliser une nouvelle expertise, et de savoir si l'organisation de cette expertise aurait pu éviter un préjudice pour l'assuré (ce qui n'était semble-t-il pas le cas en l'espèce). En effet, l'assureur ne pouvait voir sa responsabilité engagée du fait des agissements de l'expert, qui n'était pas son mandataire. Le Médiateur n'a donc pas fait droit à la demande de l'assuré. ■

Alexis Vendé

En l'absence de tout pouvoir de représentation ou de lien de subordination, la faute de l'expert ne permet pas d'engager la responsabilité de la société d'assurance et n'entraîne pas le versement de dommages et intérêts à l'assuré par l'assureur qui a refusé de diligenter une nouvelle expertise contradictoire.

LE RECOURS DU LOCATAIRE POUR DES DOMMAGES IMMOBILIERS ENTRAÎNANT DES PRÉJUDICES FINANCIERS

Dans le cadre d'une garantie recours, l'assureur doit examiner l'ensemble des préjudices évoqués par son assuré, afin de déterminer si le recours peut être intenté.

CONTEXTE

L'assuré a souscrit un contrat d'assurance multirisque professionnelle, comportant une garantie recours, ainsi qu'une annexe responsabilité civile, afin de garantir le local de son association de flamenco. Un dégât des eaux a causé des dommages immobiliers au parquet. La responsabilité du syndic de copropriété a été engagée. En parallèle, le bailleur a été indemnisé de ces dommages par son assureur, mais n'a effectué aucuns travaux. Cette inexécution engendrant une perte de jouissance pour l'association, cette dernière a demandé à son assureur d'intenter un recours contre le bailleur ou le syndic.

L'assureur a refusé de faire droit à la demande, au motif qu'étant locataire, l'association n'était pas lésée pour les dommages immobiliers.

ANALYSE

La garantie recours du contrat couvre « L'exercice du recours, pour votre compte exclusif dans la mesure où le dommage que vous avez subi aurait été indemnisé au titre du présent contrat (garantie des responsabilités), si vous en aviez été l'auteur [...] ».

L'assuré a également souscrit une garantie responsabilité civile liée à l'occupation des locaux. À ce titre, étaient garanties « les conséquences pécuniaires de la responsabilité que vous pouvez encourir à la suite d'un événement assuré au titre des garanties : [...] dégâts des eaux, [...] et survenu ou ayant pris naissance dans les locaux assurés. Si vous êtes locataire à l'égard de votre propriétaire pour les dommages matériels au bâtiment lui appartenant. Quelle que soit votre qualité à l'égard des tiers pour les dommages matériels et immatériels consécutifs qu'ils subissent ». Le dommage immatériel concernait la privation de jouissance d'un droit, ainsi que la perte d'un bénéfice.

Le parquet endommagé n'appartenait pas à l'association puisqu'elle était locataire des lieux. Cependant, l'absence de remise en état de ce bien par son propriétaire engendrait nécessairement une perte de jouissance et des pertes pécuniaires pour le locataire, constituant un dommage immatériel au sens du contrat.

SOLUTION

Au regard des dispositions contractuelles, la garantie responsabilité civile liée à l'occupation des locaux aurait été mobilisable si l'association avait été l'auteur des dommages. En conséquence, la garantie recours, telle que stipulée, était applicable. ■

Séverine Caragliu

Dans le cadre d'une garantie recours, il convient de prendre en compte l'ensemble des dommages subis par l'assuré à la suite d'un événement, afin de déterminer si le recours peut être couvert contractuellement.



L'ASSURÉ DOIT INFORMER L'ASSUREUR DE LA DISPARITION DE SON TÉLÉPHONE MOBILE

L'assuré doit signaler la disparition de son téléphone auprès de son assureur pour obtenir sans attendre la résiliation de son contrat d'assurance.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance afin de garantir son téléphone mobile. Après plusieurs années, il demande la résiliation rétroactive du contrat, avec effet au lendemain de la première année d'engagement. Il précise qu'il n'est plus en possession de ce téléphone mobile depuis cette date. L'assureur résilie le contrat à la date de réception de la demande, ce que l'assuré conteste.



ANALYSE

Conformément aux termes de l'article L.121-9 du Code des assurances, le contrat prévoit la possibilité, pour l'assuré, de demander sa résiliation en cas de perte totale de l'appareil garanti résultant d'un événement non prévu par le contrat. Ce dernier prend donc fin en cas de disparition du risque assuré, en l'occurrence du téléphone. Néanmoins, en vertu de l'article 1353 du Code civil, l'assuré doit apporter la preuve de cette disparition.

En l'occurrence, l'assuré a mis son téléphone au rebut un an après la date d'effet du contrat, sans en avertir son assureur. Lorsqu'il sollicite, quelques années plus tard, la résiliation de son contrat et le remboursement des cotisations versées, il invoque la disparition totale de son appareil.

Toutefois, l'assuré n'a pas été en mesure d'établir la date depuis laquelle il n'était plus en possession du téléphone mobile garanti.

SOLUTION

Faute de preuve de la date de la disparition du téléphone, l'assureur est en droit de résilier le contrat à la date à laquelle il a reçu la demande de l'assuré, sans effet rétroactif. Dès lors, l'assuré ne peut prétendre au remboursement de ses cotisations. ■

Juliette Papillat

Si l'assuré n'est plus en possession du téléphone mobile garanti, il peut demander la résiliation du contrat. Il doit toutefois apporter la preuve de cette disparition.

S'il change de téléphone mobile, l'assuré doit le déclarer à son assureur afin que le contrat couvre le nouvel appareil, car il s'agit d'un risque nouveau, conformément à l'article L.113-2 du Code des assurances.

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ



L'APPLICATION DU CONTRAT



B. L'APPLICATION DU CONTRAT

PRODUIRE DES FACTURES INCOHÉRENTES PEUT ENTRAÎNER UNE DÉCHÉANCE DE GARANTIE

La déchéance de garantie est une sanction contractuelle qui vise à refuser la garantie à un assuré dont la mauvaise foi est rapportée. Elle s'applique notamment en cas de présentation de factures incohérentes afin d'obtenir frauduleusement une indemnité différée.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit une assurance multirisque professionnelle afin de garantir son activité. Un incendie a fortement détérioré son local professionnel et le contenu mobilier de ce dernier. L'assureur a alors versé une indemnité immédiate à son assuré, selon le chiffrage établi par l'expert.

Par la suite, l'assuré a présenté des factures à l'assureur en réclamant une indemnité différée. L'assureur lui a alors opposé une déchéance de garantie, car certaines factures étaient sans lien avec la liste des biens endommagés établie par l'expert, au nom d'un tiers, ou antérieures au sinistre.

ANALYSE

En assurance de biens, l'évaluation des dommages tient compte de la vétusté des biens endommagés afin de respecter le principe indemnitaire, qui interdit que l'indemnité d'assurance conduise à un enrichissement de l'assuré.

Dans un premier temps, l'entreprise d'assurance verse une indemnité immédiate correspondant à la valeur à neuf des biens, déduction faite de leur vétusté.

Dans ce cas, si le premier règlement n'a pas permis la remise en état des biens, l'assureur verse dans un second temps une indemnité différée sur présentation de justificatifs. L'assuré doit donc présenter des factures pour apporter la preuve qu'il a supporté des frais supérieurs à l'indemnité immédiate perçue, afin de remplacer ou de remettre ses biens en état.

Or, plusieurs factures n'étaient pas au nom de l'assuré, d'autres étaient antérieures au sinistre et certaines étaient sans lien avec la liste des biens endommagés établie par l'expert.

DÉCLARATION DE SINISTRE

L'assureur a donc appliqué une déchéance de garantie, prévue par le contrat. Cette sanction est légitime en cas d'intention frauduleuse de la part de l'assuré.

Pour qu'elle soit valablement opposée, il incombe à l'assureur de démontrer, d'une part, la présence d'une déclaration inexacte et, d'autre part, qu'elle a été commise intentionnellement par l'assuré.

L'assureur a considéré que les incohérences relevées sur les factures permettaient d'établir la déclaration inexacte. Par ailleurs, le fait d'avoir sciemment produit ces factures démontrait une intention d'obtenir l'indemnisation différée sur la base d'une déclaration inexacte.

SOLUTION

Ainsi, il apparaît que l'assuré a commis une fausse déclaration en produisant sciemment des factures incohérentes dans le but d'obtenir un complément d'indemnité. L'assureur lui a donc réclamé le remboursement de la totalité des sommes versées dans le cadre du sinistre. ■

Anna Brousse



La clause de déchéance doit être expressément formulée dans le contrat d'assurance de façon claire et précise, et être portée à la connaissance de l'assuré pour lui être opposable.

L'assuré doit être de bonne foi⁽¹⁾ dans la production de documents. La sanction peut en effet être lourde de conséquences, puisque l'intégralité des sommes perçues au titre du sinistre doit être rendue à l'assureur.

⁽¹⁾ Article 1104 du Code civil.

B. L'APPLICATION DU CONTRAT

LA FAUTE DOLOSIVE EXCLUT TOUTE INDEMNISATION DE L'ASSUREUR

L'exclusion légale de l'article L.113-1 alinéa 2 du Code des assurances permet à l'assureur de refuser sa garantie si l'assuré a commis une faute dolosive.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance habitation afin de garantir sa maison. Au cours d'un incendie, cette dernière est entièrement détruite, et l'assuré et son épouse décèdent. Les enfants, ayant la qualité d'assurés au sens du contrat, sollicitent auprès de l'assureur la prise en charge du sinistre.

Les détecteurs de fumée avaient été retirés et l'assureur a retenu que l'incendie avait été commis volontairement par l'assuré. Ce dernier, après avoir tué son épouse, a mis le feu à sa maison et s'est suicidé. L'assureur a donc opposé une exclusion contractuelle rédigée ainsi : « [...] les dommages intentionnellement causés ou provoqués directement, ou avec complicité, par : vous [...] ».

ANALYSE

Pour être valable, une clause d'exclusion de garantie contractuelle doit être formelle et limitée, en application de l'article L.113-1 du Code des assurances, et figurer en caractères très apparents, conformément à l'article L.112-4 du même code.

En l'espèce, seule la condition de forme relative au caractère très apparent était remplie. En effet, s'agissant des conditions de fond, la Cour de cassation, par deux arrêts en date du 20 janvier 2022, a considéré que l'exclusion de garantie conventionnelle, ainsi rédigée, ne respectait pas les exigences de l'article L.113-1 du Code des assurances, en ce qu'elle n'était pas formelle et limitée⁽¹⁾.

En revanche, l'exclusion de garantie de la faute intentionnelle ou dolosive étant également d'origine légale (article L.113-1 alinéa 2 du Code des assurances⁽²⁾), l'assureur pouvait donc s'appuyer sur ce texte pour refuser la prise en charge du sinistre. Restait alors à déterminer en l'espèce si les faits constituaient ou non une faute intentionnelle.

⁽¹⁾ Cass. 2^e Civ., 20 janv. 2022, n° 20-10529 et n° 20-13245.

⁽²⁾ « [...] l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ».

HABITATION

SOLUTION

En ayant pris soin de retirer les détecteurs de fumée avant de mettre le feu à sa maison, il est certain que l'assuré (le père) avait conscience que l'incendie entraînerait inéluctablement des conséquences dommageables dans l'ensemble de la maison, caractérisant ainsi une faute dolosive de sa part, et non une faute intentionnelle, qui aurait supposé une volonté de sa part de commettre le dommage tel qu'il s'est réalisé. L'assureur pouvait donc valablement refuser sa garantie aux enfants, ayant également la qualité d'assurés au contrat, pour faute dolosive.

Toutefois, les enfants de l'assuré avaient perdu leur mère, ainsi que leur habitation principale, lors de l'incendie et se trouvaient ainsi lésés du fait des agissements de leur père. L'assureur a donc été invité, au titre de l'équité, à leur verser une compensation financière correspondant à la part du crédit restant à rembourser sur la maison. L'assureur a suivi notre proposition de solution. ■

Sixtine de Laage de Meux



L'assureur doit rester vigilant lors de la rédaction des clauses d'exclusion. Conformément à l'article L.113-1 du Code des assurances, elles doivent être formelles et limitées. À défaut, elles ne sont pas valables.

La faute dolosive, autonome de la faute intentionnelle, nécessite que l'assuré ait commis un acte délibéré en ayant conscience du caractère inéluctable de ses conséquences dommageables.

LA SURVENANCE D'UN DÉGÂT DES EAUX AVANT LA RÉCEPTION DES TRAVAUX

L'entrepreneur est responsable de plein droit en cas de survenance d'un sinistre affectant les biens ou matériaux nécessaires au chantier, jusqu'au jour de la réception des travaux par l'assuré.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit une assurance habitation afin de garantir un appartement qu'il venait d'acquérir. Alors que cet appartement était en cours de rénovation, un important dégât des eaux est survenu à la suite d'un épisode orageux, en raison d'un refoulement des eaux pluviales. L'assureur multirisque habitation a refusé d'intervenir, au motif qu'au moment du sinistre, l'assuré n'avait pas encore réceptionné les travaux de rénovation.



ANALYSE

L'article 1788 du Code civil dispose que : « Si, dans le cas où l'ouvrier fournit la matière, la chose vient à périr, de quelque manière que ce soit, avant d'être livrée, la perte en est pour l'ouvrier, à moins que le maître ne fût en demeure de recevoir la chose ».

En vertu de cet article, lorsque l'entrepreneur a fourni les matériaux, ce dernier en est responsable en cas de sinistre endommageant les biens et matériaux nécessaires à la réalisation du chantier, et ce, jusqu'à la réception des travaux par le propriétaire.

La jurisprudence constante de la Cour de cassation considère que l'entrepreneur doit alors supporter les réparations, dans la limite du coût de son ouvrage.

La réception de l'ouvrage est dès lors un moment déterminant, qui est en principe formalisé par un écrit.

Néanmoins, en l'absence de tout procès-verbal de réception des travaux, une réception tacite peut être caractérisée au moyen de deux critères : la prise de possession de l'ouvrage sans restriction et le paiement de l'intégralité des travaux.

SOLUTION

Lors du sinistre, seule une partie du coût du chantier avait été réglée par l'assuré. Dès lors, il n'était pas possible de considérer que l'ouvrage avait été réceptionné et que sa garde avait été transférée à l'assuré. Il revenait donc à l'entrepreneur et à son assureur de responsabilité de prendre en charge les dommages occasionnés aux biens et matériaux se situant sur le chantier à la suite du dégât des eaux.

Il revenait donc à l'entrepreneur et à son assureur de responsabilité de prendre en charge les dommages occasionnés aux biens et matériaux se situant sur le chantier à la suite du dégât des eaux. ■

Melody Lemoine

L'assurance habitation ne garantit pas les dommages causés aux biens et matériaux liés à un chantier en cours.

LE PRINCIPE INDEMNITAIRE S'APPLIQUE À L'ASSURANCE DE NAVIGATION DE PLAISANCE

Les assurances de biens sont soumises au principe indemnitaire. Ce dernier prévoit que l'indemnité versée par l'assureur ne doit pas dépasser la valeur de la chose assurée. Les assurances de navigation de plaisance ne font pas exception à la règle.

CONTEXTE

Le bateau d'un assuré a été endommagé par deux sinistres successifs. L'expert a chiffré pour chacun des événements les dommages occasionnés à la coque du bateau, mais l'assuré a sollicité la prise en charge par l'assureur de la réfection complète de la coque.

Il a en effet fait valoir que la réfection partielle du bateau avait conduit à une différence de teinte de celui-ci. L'expert a toutefois indiqué qu'il était normal que la coque d'un bateau de neuf ans d'âge se décolore en raison de l'usure et des rayons UV.

L'assureur a précisé qu'en l'absence de dommages sur le reste de la coque, la réfection intégrale n'était pas justifiée.



ANALYSE

L'article L.121-1 du Code des assurances prévoit le principe indemnitaire en ces termes : « 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 ».

Ce principe vise à replacer l'assuré dans la situation dans laquelle il se trouvait avant la survenance du sinistre, sans qu'il retire un enrichissement de l'opération d'assurance.

En effet, les assurances de biens ont pour finalité de réparer les dommages causés par un sinistre. L'intervention de ces dernières doit donc se limiter à la réparation du préjudice causé par l'événement, et ne peut aller au-delà.

SOLUTION

En l'espèce, la prise en charge de la réfection complète de la coque du bateau, alors même que celle-ci n'avait été endommagée que partiellement par les sinistres, aurait conduit à un enrichissement de l'assuré en le plaçant dans une situation plus favorable après sinistre que celle existant avant sinistre. Cela s'opposerait au principe indemnitaire décrit ci-dessus. ■

Magalie Brockaert

Le contrat d'assurance dommages vise à réparer le préjudice causé par un événement fortuit. La mise en jeu de ses garanties à la suite d'un sinistre ne peut conduire à un enrichissement de l'assuré. En effet, l'assuré ne doit, du fait de l'opération d'assurance, subir aucune perte ni obtenir aucun profit.

B. L'APPLICATION DU CONTRAT

QUI PERÇOIT L'INDEMNITÉ EN CAS DE LOCATION DU VÉHICULE AVEC OPTION D'ACHAT ?

Si le sort de l'indemnité n'est pas précisé dans le contrat d'assurance, le locataire souscripteur peut solliciter, en sa qualité d'assuré au contrat, le versement de la part d'indemnité d'assurance restante, une fois la société financière indemnisée à hauteur de sa créance.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile afin de garantir un véhicule faisant l'objet d'un contrat de location avec option d'achat. Le véhicule a été volé et n'a pas été retrouvé.

L'expert missionné par l'assureur a évalué la valeur du véhicule au jour du sinistre à 27 500 euros hors taxes.

La société financière, propriétaire du véhicule au jour du sinistre, a cédé ce dernier à l'assureur, qui lui a versé une indemnité égale au montant de sa créance de loyers (12 420 euros), déduction faite de la franchise contractuelle (650 euros), soit 11 770 euros. L'assuré a sollicité le versement de la somme de 15 080 euros, correspondant à la différence entre la valeur retenue par l'expert, et le montant de la créance de loyers de la société financière (déduction faite du montant de la franchise). L'assureur a refusé cette demande, faisant valoir que pour ce faire, « il aurait fallu souscrire la garantie perte financière ».

ANALYSE

Le contrat d'assurance prévoyait que si le véhicule faisait l'objet d'une location avec option d'achat, l'indemnité devait être versée au propriétaire du véhicule, à savoir la société financière, et que celle-ci était égale à la valeur à dire d'expert, définie au contrat comme « la valeur de remplacement à dire d'expert au jour du sinistre ».

Était toutefois stipulé que ces règles étaient différentes en cas de souscription d'une option spécifique.

L'assuré n'ayant pas souscrit cette option, il revenait donc à l'assureur de verser à la société financière l'indemnité correspondant à la valeur de remplacement du véhicule estimée par l'expert au jour du sinistre.

AUTOMOBILE



SOLUTION

Le contrat étant clair quant à l'identité du bénéficiaire de l'indemnité, l'assureur devait donc verser le reliquat de 15 080 euros à la société financière, à charge pour elle de reverser les fonds à l'assuré souscripteur de la police d'assurance, et ancien locataire du véhicule sinistré. La société financière avait par ailleurs demandé à deux reprises à l'assureur d'allouer le reliquat à l'assuré souscripteur, sans succès.

Lorsque le contrat ne prévoit pas le sort de l'indemnité, la jurisprudence considère que le locataire souscripteur peut, une fois la société financière indemnisée à hauteur de sa créance, solliciter en sa qualité d'assuré au contrat, le versement de la part d'indemnité restante⁽¹⁾ même s'il n'avait pas levé l'option d'achat du véhicule au moment du sinistre.

L'assureur a donc été invité à procéder au règlement complémentaire de l'indemnité directement entre les mains du réclamant. ■

Marc Hendel

En cas de souscription d'un contrat d'assurance automobile visant à couvrir un véhicule faisant l'objet d'un contrat de location avec option d'achat, il convient de se référer aux stipulations contractuelles afin de vérifier le sort prévu pour l'indemnité d'assurance.

En l'absence de précision par le contrat, quant à l'identité du bénéficiaire de l'indemnité d'assurance, l'assuré souscripteur du contrat peut demander à l'entreprise d'assurance le versement direct entre ses mains de la part de l'indemnité restante même s'il n'a pas levé l'option d'achat du véhicule au moment du sinistre.

⁽¹⁾ Cass. 1^{re} Civ., 13 mars 1996, n° 94-11.610.

B. L'APPLICATION DU CONTRAT

LA FRANCHISE CONTRACTUELLE EST OPPOSABLE AU TIERS LÉSÉ

En cas de dommage, le tiers lésé dispose d'une action directe à l'encontre de l'assureur du responsable. Si la victime peut ainsi obtenir réparation de son préjudice, l'assureur peut faire application de la franchise prévue par le contrat.

CONTEXTE

En 2015, une entreprise a fabriqué une piscine à coque, qui a été vendue à un professionnel puis installée par ce dernier sur la propriété d'un particulier.

En 2020, ce dernier a constaté des malfaçons sur la coque de la piscine. Le fabricant ayant fait l'objet d'une liquidation judiciaire, son assureur de responsabilité civile professionnelle a été sollicité directement par le propriétaire de la piscine (tiers lésé) pour prendre en charge les réparations.

Après expertise, l'assureur a refusé d'indemniser le tiers lésé, au motif que la franchise de 7 500 euros prévue par le contrat souscrit par son assuré (le fabricant) était supérieure au montant des réparations, estimé à environ 5 000 euros par l'expert.

Le propriétaire de la piscine, tiers au contrat, a contesté cette décision : il estime que le montant de la franchise est abusif et que celle-ci ne peut lui être opposée dans la mesure où elle n'a jamais été portée à sa connaissance.

ANALYSE

La faculté, pour l'assureur, de stipuler une franchise, est prévue à l'alinéa 2 de l'article L.121-1 du Code des assurances. L'assureur de responsabilité civile peut donc parfaitement prévoir une telle franchise dans son contrat et en fixer librement le montant.

Également, en application de l'article L.112-6 du Code des assurances, l'assureur de responsabilité civile professionnelle peut opposer au tiers lésé les exceptions de garantie opposables à son assuré.

Ainsi, les exclusions et les limitations de garantie opposables à l'assuré, telles que les franchises, peuvent l'être également au tiers lésé, même si elles n'apparaissent pas dans l'attestation d'assurance qui lui a été remise par le fabricant, assuré, lors de la conclusion de la commande, et lui étaient donc jusqu'alors inconnues⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Cass. 3^e Civ., 13 février 2020, n° 19-11.272.

RESPONSABILITÉ CIVILE

Le seul moyen dont dispose le tiers lésé pour remettre en cause l'application des exclusions et limitations de garantie opposées par l'assureur est de contester leur opposabilité à l'assuré lui-même, ce qui permet par ricochet de les rendre inopposables au tiers lésé, ou leur validité. Cela peut être effectué par le tiers, même en l'absence de toute réclamation de l'assuré lui-même⁽²⁾. Aussi, la Cour de cassation rappelle fréquemment que les clauses du contrat doivent avoir été portées à la connaissance de l'assuré pour lui être opposables.



SOLUTION

Le contrat d'assurance de responsabilité civile souscrit par le fabricant comportait une franchise, ce qui est tout fait valable. Celle-ci était mentionnée dans les conditions particulières du contrat de responsabilité civile professionnelle signées par l'assuré : elle était donc opposable à l'assuré, ce dernier étant présumé en avoir pris connaissance avant de les signer. Cette franchise étant valable et parfaitement opposable à l'assuré, elle le devenait alors également vis-à-vis du tiers lésé, propriétaire de la piscine. ■

Tiphaine Guiot

Sauf exceptions légales, les exclusions et les limitations de garantie mises à la charge de l'assuré sont susceptibles d'être opposées aux tiers lésés dans le cadre de leur action directe.

Ces clauses n'étant pas systématiquement rappelées dans les attestations d'assurance, il est recommandé aux tiers d'interroger l'assuré sur les exclusions et limitations prévues par son contrat.

⁽²⁾ Cass. 3^e Civ., 4 mars 2021, n° 19-23.033.

B. L'APPLICATION DU CONTRAT

L'ASSUREUR AVAIT TROIS MOIS POUR VERSER L'INDEMNITÉ IMMÉDIATE

Après un sinistre catastrophe naturelle, le versement de l'indemnité immédiate correspondant à la pose de micropieux ne peut pas être conditionné à la production d'un justificatif d'acompte.

CONTEXTE

Un assuré a déclaré à son assureur l'apparition de fissures sur sa maison. L'expert a conclu que le sinistre avait pour cause déterminante les effets de la sécheresse sur les couches d'argile et la marne sableuse. La réparation des dommages nécessitait la mise en place de micropieux pour consolider les fondations de la maison. La commune concernée a été reconnue en état de catastrophe naturelle par un arrêté ministériel. Ainsi, la garantie catastrophe naturelle du contrat pouvait être mise en œuvre.

L'assureur a adressé une proposition de règlement à son assuré, en précisant que les travaux ne pourraient être réglés que sur présentation d'une facture d'acompte, car cela consistait en la création d'un ouvrage et non à la réparation du bâtiment existant.

L'assuré a contesté cette décision et a fait valoir que l'assureur devait verser l'indemnisation prévue par l'expert dans un délai de trois mois à compter de l'estimation des dommages, à l'exception de l'indemnité différée.

ANALYSE

L'annexe I de l'article A.125-1 du Code des assurances, applicable à l'époque, disposait⁽¹⁾ que « L'assureur doit verser l'indemnité due au titre de la garantie dans un délai de trois mois à compter de la date de remise par l'assuré de l'état estimatif des biens endommagés ou de la date de publication de l'arrêté interministériel constatant l'état de catastrophe naturelle lorsque celle-ci est postérieure. À défaut, et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'indemnité due par l'assureur porte, à compter de l'expiration de ce délai, intérêt au taux de l'intérêt légal ». Par ailleurs, en matière d'assurance de dommages, l'assuré peut disposer librement de l'indemnité versée au titre d'un sinistre catastrophe naturelle, dès lors que le bien sinistré est soumis à un plan de prévention des risques

CATASTROPHE NATURELLE

naturels prévisibles⁽²⁾. Il n'est donc pas tenu de justifier l'emploi qu'il en fait. En l'absence de disposition contractuelle sur la liberté d'affectation de l'indemnité d'assurance, et l'expert ayant relevé que le bien avait fait l'objet d'un plan de prévention des risques sécheresse, la position de l'assureur de conditionner le versement d'une partie de l'indemnité immédiate à une facture d'acompte n'était pas justifiée. Il convenait donc de se reporter aux conclusions de l'expert. Celui-ci ayant déposé son rapport le 22 février 2020, l'assureur aurait dû verser le montant de l'indemnité au plus tard le 22 mai 2020, ce qui n'était pas le cas en l'espèce.



SOLUTION

L'assureur était tenu de verser l'indemnité immédiate au titre de la garantie catastrophe naturelle dans un délai de trois mois à compter de l'état estimatif de l'expert. À l'expiration de ce délai, l'indemnité produisait donc des intérêts au taux légal, conformément à l'article susmentionné. Dès lors, l'assureur a été invité à régler le reliquat de l'indemnité immédiate, majoré d'intérêts au taux légal. ■

Sandrine Perrotel

L'assuré peut librement disposer de l'indemnité versée par l'assureur au titre d'un sinistre catastrophe naturelle, dès lors que le bien sinistré est soumis à un plan de prévention des risques naturels prévisibles.

En cas de sinistre catastrophe naturelle, l'assureur devait verser intégralement l'indemnité immédiate dans un délai de trois mois à compter de l'état estimatif des biens endommagés, sans réclamer de justificatifs. **Attention : une loi n° 2021-1837 du 28 décembre 2021 est venue modifier le régime d'indemnisation des catastrophes naturelles⁽³⁾.**

⁽¹⁾ Article abrogé par un arrêté du 30 décembre 2022.

Les faits relèvent ici de l'application de l'ancien régime d'indemnisation des catastrophes naturelles, qui a été modifié par la loi n° 2021-1837 du 28 décembre 2021, entrée en vigueur en 2022.

⁽²⁾ Article L.121-16 du Code des assurances.

⁽³⁾ Voir le nouvel article L.125-2 du Code des assurances sur le délai d'indemnisation.

KARINE MESPOULET-BEAUVER

RESPONSABLE DE PÔLE
Pôle Études juridiques



Quel est votre parcours ?

J'ai suivi un parcours universitaire classique, avec l'équivalent d'un Master 2 en droit des assurances à l'Institut des assurances d'Aix-en-Provence. C'est une formation financée par la profession, donc vraiment dédiée au droit des assurances. J'ai également un parcours professionnel assez classique de juriste spécialisée en droit des assurances, à la fois dans des départements juridiques d'entreprises du moyen et grand courtage, mais aussi en entreprise d'assurance (assurance de responsabilité civile professionnelle des mandataires-liquidateurs, des intermédiaires d'assurance et des intermédiaires financiers).

J'ai géré à cette occasion des contentieux, mais aussi de l'amiable : pas au sens de médiation, mais en proposant des transactions avant qu'il y ait un

contentieux. J'ai rédigé des contrats français, mais aussi européens (luxembourgeois). J'ai également fait du management et de la formation professionnelle dédiée aux courtiers d'assurance et aux agents généraux. J'ai aussi dispensé un cours au sein du Master de gestion de patrimoine de Clermont-Ferrand. Je suis donc une grande curieuse ! Voilà mon parcours.

Quelle est votre fonction au sein de LMA ? Quelles sont vos missions ?

Je suis Responsable du pôle Études juridiques. C'est une fonction transverse : au sein de ce pôle, nous sommes amenés à travailler avec tous les autres pôles : en appui du pôle Gestion, lorsque le responsable en a besoin, sur les questions de compétence et d'application du Code de la consommation, mais aussi en appui des responsables métiers des pôles juridiques.

La première de nos missions, c'est de les aider à trouver les solutions dans les dossiers complexes. Nous assurons la formation des collaborateurs, que ce soit pour les nouveaux entrants ou la formation continue des gestionnaires et juristes sur des sujets identifiés par les responsables des pôles métiers. Nous faisons également de la veille juridique pour mettre à

jour les connaissances des collaborateurs, ou les adapter en fonction de l'évolution de la compétence de LMA, notamment, récemment, l'extension de notre compétence aux collectivités territoriales. On essaie de les accompagner dans ces nouvelles missions.

Nous travaillons également sur les publications : nous sommes amenés à rédiger ou relire les publications de LMA (études de cas, Cahiers de la Médiation de l'Assurance, motions). Enfin, je suis présente pour accompagner le Médiateur dans les réunions avec des organismes institutionnels (Cour de cassation, Bercy, ACPR) et parfois aux réunions avec les assureurs. En synthèse, la mission globale du pôle Études juridiques, c'est d'être le garant de la cohérence et de la qualité des positions de LMA, que ce soit dans les propositions de solution ou dans les publications.

Qu'est-ce qui vous plaît dans votre travail ?

Ce qui me plaît, c'est la variété des missions, même si parfois, ça peut être un peu compliqué en termes d'organisation ! Et puis, au pôle Études juridiques, nous voyons les sujets complexes, nous traitons souvent des sujets nouveaux dans lesquels nous devons prendre des positions parfois innovantes, car il n'existe pas de jurispru-

dence. On va s'appuyer sur nos recherches pour prendre ces positions de concert avec les autres responsables. J'aime aussi l'aspect objectif de la mission, c'est-à-dire que nous ne sommes ni du côté des assureurs ni du côté des assurés : nous sommes absolument neutres, nous essayons vraiment de rester sur l'application stricte du droit, même si l'équité permet de rectifier certaines situations injustes pour le consommateur. Et puis, la mission d'intérêt général de la Médiation de l'Assurance est au centre de notre quotidien. Je pense que cette mission est importante pour les collaborateurs : à travers les publications notamment, on a tous à cœur d'être là pour éduquer financièrement les consommateurs – pour les aider à mieux comprendre notre domaine – et aussi les assureurs, qui feignent parfois de ne pas connaître certaines jurisprudences très anciennes de la Cour de cassation...

Votre métier en trois mots ?

Alors en trois mots : la **rigueur** me vient tout de suite, et puis **l'ouverture d'esprit** puisque, avec le caractère transverse du pôle Études juridiques, il faut être capable de se remettre en question tout le temps, et en troisième, je pense à la formation donc je dirais la **transmission du savoir**. ■

(1) Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales.



LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES



LES ÉTUDES DE CAS EN
ASSURANCE DE PERSONNES



LA RELATION
CONTRACTUELLE



A. LA RELATION CONTRACTUELLE

LA SINCÉRITÉ ET L'EXACTITUDE DES DÉCLARATIONS SONT APPRÉCIÉES SELON LES QUESTIONS POSÉES

L'assureur doit poser des questions claires, précises et intelligibles au candidat à l'assurance pour lui permettre d'apprécier correctement le risque qu'on lui propose de garantir.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré à deux contrats d'assurance prévoyant la prise en charge des échéances de ses prêts, notamment en cas de décès. À cette occasion, des questions lui ont été posées sur ses antécédents médicaux.

L'assuré est décédé, et son épouse a sollicité la mise en œuvre de la garantie décès prévue aux contrats. Néanmoins, l'assureur a refusé cette prise en charge et retenu la nullité des contrats, au motif que son mari avait omis de mentionner ses antécédents médicaux sur les formulaires de déclaration du risque.

L'épouse de l'assuré a contesté cette décision en invoquant que l'assureur ne rapportait pas la preuve de la fausse déclaration intentionnelle et que les formulaires de déclaration du risque comportaient des questions imprécises et incompréhensibles pour l'assuré.

ANALYSE

L'assureur doit être en mesure d'apprécier exactement le risque qu'on lui propose de garantir avant de l'accepter. Il peut se prévaloir d'une déclaration inexacte pour refuser sa garantie.

En assurances de personnes, la sincérité des déclarations du risque s'apprécie en fonction des réponses données par le souscripteur au questionnaire médical qui lui est soumis. Conformément à la jurisprudence de la Cour de cassation, l'assureur ne peut opposer de fausse déclaration qu'à la condition de démontrer qu'une réponse erronée a été apportée à une question précise. Il est donc nécessaire que les questions ne prêtent pas à discussion et que le candidat à l'assurance y réponde dans une démarche active. Concernant le premier contrat, le document comporte des déclarations de santé pré-imprimées, sans place prévue pour que l'assuré apporte des précisions ou des réserves. La déclaration de santé invite seulement l'assuré à cocher une case pour certifier ses déclarations. Le fait de cocher cette unique case ne permettait donc pas de déterminer

DÉCLARATION DU RISQUE

si cette case avait été cochée à dessein avec la volonté de certifier les déclarations préimprimées, ou par inadvertance, la clause étant noyée dans un document dense rédigé en petits caractères.

Pour le second contrat, le questionnaire de santé n'est pas formalisé sur un document indépendant consacré entièrement aux questions sur l'état de santé du candidat à l'assurance.

Il est intégré au sein d'un document de cinq pages, relatif aux modalités du prêt. Il présente des questions fermées, claires et précises auxquelles l'assuré a répondu par la négative.



SOLUTION

Les déclarations de santé telles qu'établies et transmises par l'assureur ne mettaient pas le candidat à l'assurance dans une démarche active. Or, en l'absence de possibilité pour l'assuré d'apporter des précisions ou des réserves sur son état de santé, la preuve du caractère intentionnel de la fausse déclaration n'est pas établie.

Ainsi, la fausse déclaration intentionnelle ne peut être opposée à l'épouse de l'assuré. L'assureur a donc été invité à mettre en œuvre la garantie décès au terme du premier contrat et à délivrer la garantie en application de l'article L.113-9 du Code des assurances au titre du second contrat. ■

Sonia Mestari

S'il est légitime pour l'assureur d'évaluer le risque qu'on lui propose de garantir, il lui est recommandé de poser des questions claires et précises au candidat à l'assurance, sur un document distinct, de manière à permettre une participation active de l'assuré à la déclaration de risque.

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

LE COURTIER DOIT DÉLIVRER À L'ASSURÉ DES INFORMATIONS EXACTES LORS DE LA SOUSCRIPTION

Le courtier en assurance est tenu à un devoir de conseil et d'information auprès de ses clients, notamment au moment de la souscription du contrat d'assurance. Son rôle est essentiel lors de la mise en place du contrat.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat de complémentaire santé par l'intermédiaire d'un courtier en assurance. Au cours du mois de juin 2020, il a été hospitalisé et a bénéficié de plusieurs soins dentaires. Il a alors sollicité son assureur afin d'obtenir une prise en charge. L'assureur a refusé de faire droit à sa demande, au motif que le contrat avait pris effet le 1^{er} septembre 2020, soit postérieurement aux soins réalisés.

L'assuré a contesté cette décision, estimant que son courtier avait tardé à formaliser les démarches d'adhésion en lui laissant croire, de surcroît, que son contrat d'assurance avait pris effet le 1^{er} juin 2020.

ANALYSE

En mai 2020, l'assuré a pris attache avec le courtier en vue d'une adhésion, qui n'a pris effet qu'à compter du 1^{er} septembre suivant. Ce délai de gestion anormalement long était dû au fait que le courtier avait manqué de diligence en transmettant tardivement à l'assuré les devis et le bulletin d'adhésion nécessaires à la formalisation de son engagement contractuel auprès de l'assureur. Ce délai était d'autant plus répréhensible que le devis transmis à l'assuré mentionnait, à la rubrique « Nos engagements », que l'adhésion au contrat était « immédiate ».

Par ailleurs, le courtier avait laissé le choix à l'assuré de convenir lui-même de la date de prise d'effet de ses garanties en amont de la finalisation de l'adhésion par l'assureur. Or, le contrat en cause prévoyait que la date d'effet du contrat dépendait de la date de réception par l'assureur du bulletin d'adhésion de l'assuré. C'est donc à tort que le courtier avait convenu de la date d'effet du contrat avec l'assuré avant d'adresser le bulletin d'adhésion à l'assureur.

DEVOIR DE CONSEIL

Le courtier a donc commis un manquement à son devoir d'information et de conseil vis-à-vis de son client en lui indiquant que l'adhésion avait été validée et serait effective à compter du 1^{er} juin 2020. L'assuré a pu légitimement croire qu'il était couvert au titre du contrat à compter du 1^{er} juin 2020 et que les soins effectués postérieurement à cette date seraient pris en charge par l'assureur.



SOLUTION

Il résulte du manquement du courtier un préjudice s'analysant comme une perte de chance pour l'assuré d'avoir pu bénéficier des garanties de son contrat dès le 1^{er} juin 2020 et se matérialisant par le versement de dommages et intérêts par le courtier à l'assuré.

Le courtier a donc été invité à prendre en charge les frais de santé de l'assuré à hauteur de 90 % de l'indemnisation qu'il aurait dû percevoir si les garanties de son contrat avaient pris effet à compter du 1^{er} juin 2020. ■

Fiona Fontaine

Le courtier en assurances, en tant que distributeur des contrats d'assurance de l'assureur en cause, est tenu de communiquer à ses clients des informations fiables sur les produits qu'il distribue.

Le courtier doit faire preuve de réactivité afin que les démarches d'adhésion de l'assuré soient formalisées dans un délai raisonnable.

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

L'ASSURÉ DOIT ÊTRE INFORMÉ DES RÉSERVES ÉMISES À L'ADHÉSION

Lors de l'adhésion, l'assureur peut exclure certaines garanties et/ou affections de sa couverture, sous réserve d'en avoir informé préalablement l'assuré.

CONTEXTE

Dans le cadre de la souscription d'un prêt, un assuré a adhéré à un contrat d'assurance permettant la prise en charge des échéances du prêt notamment en cas d'incapacité temporaire totale de travail. À cette occasion, l'assureur a posé des questions à l'assuré sur ses antécédents médicaux en vue d'évaluer le risque à garantir. Au regard des réponses apportées par ce dernier au sein du questionnaire médical, l'assureur a accepté l'adhésion, mais a émis des réserves, en excluant la prise en charge de certaines affections.

À la suite d'une affection, l'assuré a été placé en arrêt de travail et a sollicité la mise en œuvre de la garantie incapacité temporaire totale de travail. L'assureur a refusé de prendre en charge les échéances du prêt au titre de cette garantie : l'affection à l'origine de l'arrêt de travail faisait partie des exclusions retenues lors de l'adhésion.

L'assuré a alors contesté cette décision, car il n'avait pas eu connaissance de la réserve invoquée. L'assureur a toutefois précisé qu'un courrier mentionnant l'exclusion de cette affection lui avait été adressé, par lettre recommandée simple.

ANALYSE

Lors de l'examen du risque à garantir, l'assureur peut émettre des réserves à l'admission d'un assuré dans la couverture qui lui est proposée. Il peut ainsi, au titre de la liberté contractuelle, prévoir que des garanties et/ou affections ne seront pas couvertes par le contrat.

Comme cela est rappelé par la Cour de cassation, l'assureur doit porter à la connaissance de l'assuré les restrictions de garanties retenues⁽¹⁾. C'est également sur l'assureur que pèse la charge de la preuve de la remise de l'information sur la limitation de l'étendue de la garantie au candidat à l'assurance.

DEVOIR D'INFORMATION

En l'espèce, le courrier précisant les réserves a été adressé par lettre recommandée simple. Par ce procédé d'envoi, le courrier est remis contre une signature au destinataire et la Poste conserve une preuve de distribution pendant un an.

L'assureur n'a pas fourni au dossier le coupon prouvant la distribution du courrier. Il n'a donc pas rapporté la preuve que l'information avait été délivrée à l'assuré. Aucun autre élément au dossier ne permettait de constater que l'assuré avait eu connaissance de l'exclusion de l'affection en cause avant la survenance de son sinistre.



SOLUTION

En l'absence de preuve apportée par l'assureur de l'information de l'assuré, la réserve émise à l'adhésion n'était pas opposable à l'assuré. L'assureur a donc été invité à mettre en œuvre la garantie incapacité temporaire totale de travail. ■

Angéline Bich

C'est l'assureur qui doit rapporter la preuve que l'affection de l'assuré est exclue du contrat pour qu'il soit libéré de tout paiement⁽²⁾.

Aucune disposition légale n'impose à l'assureur de formalisme pour la remise du courrier de réserves, mais il lui est recommandé de l'adresser en y annexant un coupon « bon pour accord », que l'assuré devra lui retourner signé. Ceci permet d'attester que l'information est bien parvenue à l'assuré et qu'il l'a acceptée sans équivoque.

⁽¹⁾ Cass. 2^e Civ., 28 mai 2009, n° 08-16.928.

⁽²⁾ Article 1353, alinéa 2 du Code civil.

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

LA MODIFICATION
DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF

Lorsque de nouvelles conditions de garantie sont ratifiées par un avenant, l'assureur ne peut pas les appliquer à un sinistre en cours d'indemnisation.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré à un contrat collectif d'assurance sur la vie, destiné notamment à garantir le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT).

L'assuré a été placé en arrêt de travail et l'assureur a pris en charge le sinistre, pour une durée maximale d'indemnisation de 1 095 jours.

Huit mois plus tard, donc postérieurement à la date de survenance de l'arrêt de travail de l'assuré, le contrat a été modifié par avenant. Le contrat prévoyait désormais un plafond de prise en charge de 365 jours au-delà de 62 ans.

L'assureur a alors informé son assuré que son indemnisation allait cesser, les 365 jours d'indemnisation étant atteints. L'assuré a contesté, en faisant valoir à la fois qu'il n'avait pas eu connaissance de cet avenant, mais aussi que ce dernier était intervenu après le début de son arrêt de travail.

ANALYSE

L'article L.141-4 du Code des assurances précise qu'en matière d'assurance de groupe le souscripteur est tenu d'informer par écrit les assurés des modifications prévues, et ce, au moins trois mois avant leur date d'entrée en vigueur. L'assuré a alors la possibilité de dénoncer son adhésion lorsque l'assurance est facultative.

L'assureur ne rapportait pas la preuve qu'il avait transmis le courrier d'information préalable informant l'assuré des modifications contractuelles.

Par ailleurs, l'assureur avait déjà commencé à prendre en charge l'arrêt de travail sous l'empire des précédentes dispositions contractuelles au moment où les conditions de prise en charge ont été modifiées. Ainsi, il ne pouvait pas appliquer ces nouvelles conditions au sinistre, qui était déjà en cours d'indemnisation. En effet, la date de début de l'arrêt de travail étant antérieure à celle de l'avenant, la prise en charge du sinistre ne pouvait avoir lieu qu'au vu des conditions contractuelles en vigueur à cette date.

INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Enfin, le certificat d'adhésion et la notice d'information émis après l'entrée en vigueur de l'avenant ne stipulaient pas que les nouvelles conditions de garantie devaient s'appliquer aux sinistres en cours de paiement. Dès lors, l'assureur ne pouvait cesser la prise en charge du sinistre sur le fondement de nouvelles dispositions contractuelles intervenues en cours de prestation.



SOLUTION

L'assureur a été invité à poursuivre la prise en charge de l'arrêt de travail selon la durée prévue par le contrat au moment où l'assuré a été placé en arrêt de travail. À titre d'apaisement, il a également été invité à verser 150 euros à l'assuré au titre d'une gestion perfectible de son dossier, car ce dernier n'avait pas reçu d'information sur le changement de conditions de garantie lorsque le contrat collectif a été modifié. ■

Coralie Désiré

En cas de modification d'un contrat collectif d'assurance, les assureurs doivent veiller à ce que le souscripteur informe les assurés des nouvelles conditions de garantie, et ce, au moins trois mois avant la prise d'effet de l'avenant au contrat collectif.

Si l'assureur propose des modifications contractuelles, celles-ci ne seront applicables qu'aux futurs sinistres. Si plusieurs dispositions ont été émises, il convient de se référer à la date du sinistre afin de déterminer les conditions qui lui sont applicables.

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

CHANGER D'ASSURANCE
EMPRUNTEUR PEUT ENTRAÎNER
UN « TROU DE GARANTIE »

Lors d'une substitution d'assurance et donc d'un changement au profit d'un nouvel assureur, l'assuré peut être exposé à un trou de garantie.

CONTEXTE

Dans le cadre de trois prêts contractés auprès de leur banque en janvier 2019, des époux ont adhéré à un contrat d'assurance destiné à garantir le remboursement de leurs échéances de prêts, notamment en cas d'incapacité de travail. Par la suite, l'épouse assurée a sollicité la substitution du contrat d'assurance initial au profit d'un nouveau contrat auprès d'un autre assureur. Le contrat initial a ainsi été résilié au milieu du mois de mars 2021.

Cependant, l'assurée a été placée en arrêt de travail début mars 2021, c'est-à-dire après sa demande de changement d'assureur, mais avant que celle-ci soit effective. Ainsi, le nouvel assureur a refusé de prendre en charge son sinistre, car ce dernier était survenu antérieurement à la prise d'effet des garanties du contrat.

Quant à l'assureur initial, il estimait que l'une des conditions d'ouverture du droit à prestation n'était pas remplie, à savoir l'expiration du délai de franchise avant la résiliation de l'adhésion.

ANALYSE

L'assurée a résilié son contrat d'assurance emprunteur du fait de la souscription d'un nouveau contrat d'assurance équivalent auprès d'un autre assureur⁽¹⁾.

Il existe un principe général, confirmé par la jurisprudence en matière d'assurance prévoyance complémentaire et applicable en matière d'assurance emprunteur : l'assureur doit poursuivre le versement des prestations pour les sinistres survenus pendant la période de validité du contrat, même si le contrat est résilié par la suite. Il convient en effet de distinguer la garantie, qui a pu disparaître, et les prestations qui, malgré cette disparition, sont maintenues.

⁽¹⁾ Mécanisme issu de la loi dite « Bourquin » n° 2017-203 du 22 février 2017, instaurant un droit de substitution annuel du contrat d'assurance emprunteur.

EMPRUNTEUR

Or, ce principe général n'impose pas pour autant une délivrance des garanties lorsque le droit à prestation n'est pas né.

Ainsi, la substitution du contrat d'assurance emprunteur ne fait pas obstacle à la poursuite du versement des prestations liées à un fait générateur et à un droit à prestation acquis sous l'égide du premier contrat. Cependant, cela ne s'applique pas si le droit à prestation n'a pas pu naître en raison par exemple de l'application d'une franchise contractuelle. Parmi les conditions d'ouverture du droit à prestations exigées par le contrat initial figurait justement la persistance d'une incapacité « continue au-delà de la période de franchise de 90 jours, période pendant laquelle aucune prestation n'est due par l'Assureur ».



SOLUTION

En application de la période de franchise prévue par le contrat initial, l'indemnisation de l'incapacité de travail de l'assurée aurait dû débuter début juin 2021. Or, la résiliation du contrat étant intervenue entre-temps, aucun versement de prestations n'était dû par l'assureur initial.

Par ailleurs, l'arrêt de travail de l'assurée étant survenu antérieurement à la prise d'effet des garanties de son nouveau contrat, le second assureur n'était pas non plus tenu de prendre en charge le sinistre. ■

Fiona Fontaine

La substitution d'assurance emprunteur peut entraîner un trou de garantie au préjudice de l'assuré.

Dans pareil cas, il serait souhaitable que les assureurs en cause s'accordent sur une prise en charge exceptionnelle, le changement de contrat ne devant pas avoir pour effet de priver l'assuré de son droit à prestations.

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

LE MONTANT DES COTISATIONS VERSÉES SUR UN CONTRAT OBSÈQUES PEUT DÉPASSER LE MONTANT DU CAPITAL GARANTI

Le fonctionnement des contrats d'assurance obsèques n'est pas toujours facile à appréhender pour les assurés. Nombreux sont ceux qui souscrivent ce type de contrat en pensant, à tort, que le montant du capital garanti correspond à l'ensemble des cotisations versées.

CONTEXTE

Un couple a souscrit un contrat d'assurance obsèques, qui prévoit, en cas de décès de l'un des assurés, le versement d'un capital au bénéficiaire désigné, l'organisation et la prise en charge des frais de transport du corps.

Les assurés se sont aperçus que le montant des cotisations versées depuis la souscription était supérieur au montant du capital garanti par le contrat. Ils ont alors demandé l'arrêt du prélèvement des cotisations et le remboursement de la différence entre les primes payées et le montant du capital. Ils invoquent un manquement de leur assureur à son devoir de conseil, qui ne les a pas alertés sur ce sujet.

ANALYSE

Dans le cadre des contrats d'assurance obsèques, l'assureur s'engage à verser aux bénéficiaires désignés un capital prédéterminé au moment de la souscription, lequel sera destiné à garantir les frais d'obsèques de l'assuré, au moment de son décès.

Les cotisations sont viagères, c'est-à-dire versées tout au long de la vie de l'assuré. Elles peuvent donc dépasser le montant du capital garanti et restent, dans ce cas, acquises par l'assureur. En effet, le contrat arrive à son terme au jour du décès de l'assuré et non au moment où le montant des cotisations est égal au montant du capital souscrit.

Un tel contrat n'est en rien assimilable à un contrat d'épargne ou de capitalisation puisque l'assureur s'engage à verser aux bénéficiaires désignés, au moment du décès de l'assuré, un capital forfaitaire qui n'est pas constitué par les cotisations acquittées.

CONTRAT OBSÈQUES

Si le décès de l'assuré survient peu de temps après la souscription, l'assureur est tenu au versement du capital fixé par le contrat, et ce, même si le montant des cotisations acquittées lui est inférieur. À l'inverse, si le montant des cotisations acquittées excède le montant du capital garanti, l'assureur n'est tenu qu'au versement du capital garanti.



Les conditions particulières du contrat indiquaient le montant du capital décès garanti « à compter de la date de réception de votre première cotisation et pour votre vie entière » ainsi que la cotisation mensuelle prévue. Ces informations étaient également mentionnées sur le bilan annuel adressé par l'assureur aux assurés qui étaient donc dûment informés du caractère viager des cotisations et du montant fixe du capital, tant au moment de l'adhésion qu'en cours de contrat. Il n'y avait donc pas de manquement de l'assureur à son obligation d'information et de conseil.

SOLUTION

Le Médiateur n'a pas fait droit à la demande des assurés. En effet, cesser le paiement des primes, au motif que celles-ci ont atteint le montant du capital garanti, reviendrait à ne pas reconnaître le risque supporté par l'entreprise d'assurance pendant toute la durée du contrat. ■

Morgane Viarnaud

Les assureurs doivent attirer davantage l'attention des assurés sur le fait que le montant des cotisations versées au titre de ces contrats peut dépasser le montant du capital garanti.

A. LA RELATION CONTRACTUELLE

LE DÉPASSEMENT DU
PLAFOND LÉGAL D'UN PEP
A DES CONSÉQUENCES FISCALES

En cas de dépassement du plafond légal de 92 000 euros à la suite d'un versement complémentaire intervenu après transfert, et de dénouement du contrat par décès, la clôture de l'enveloppe fiscale PEP fait entrer le contrat dans le champ de l'article 757 B du CGI.

CONTEXTE

En 1991, un assuré a souscrit un Plan d'Épargne Populaire (PEP), attaché à un contrat d'assurance vie. En 2009, il a transféré l'épargne acquise sur un nouveau PEP assurance. En 2013, l'assuré a fait part de sa volonté d'abandonner le cadre fiscal du PEP et a réalisé un versement complémentaire de 180 000 euros sur son contrat d'assurance vie. Ce dernier versement a été effectué après ses 70 ans. Au décès de l'assuré, l'un des bénéficiaires a constaté que l'antériorité fiscale du contrat initial avait été perdue en raison du dernier versement de 180 000 euros. L'ensemble du capital décès était alors imposable au titre de l'article 757 B du Code général des impôts.

Le bénéficiaire a contesté la perte de l'antériorité fiscale du contrat et a estimé que l'assureur avait manqué à son devoir de conseil. En effet, l'assuré a manifesté à plusieurs reprises son ignorance des conséquences fiscales de l'opération demandée, mais l'assureur n'a pas pris soin de l'en alerter.

ANALYSE

Le PEP a été créé par la loi de finances pour 1990⁽¹⁾ pour établir un environnement fiscal avantageux à la constitution d'une épargne de longue durée. L'épargnant peut effectuer des versements qui sont affectés, soit à un compte de dépôt rémunéré (PEP bancaire), soit à un contrat d'assurance vie (PEP assurance vie), dans la limite d'un seul plan par personne et de 92 000 euros par plan. Si ce plafond est dépassé, cela entraîne la perte, pour son titulaire, des avantages fiscaux de l'enveloppe fiscale du PEP. Cependant, le souscripteur n'est pas obligé de résilier son contrat d'assurance vie, qui ne bénéficie toutefois plus du régime fiscal du PEP : il est alors assujéti aux règles de droit commun applicables au contrat d'assurance sur la vie⁽²⁾. Par ailleurs, la loi prévoit

DEVOIR DE CONSEIL



la possibilité de transférer son plan auprès d'un autre organisme gestionnaire, ou de changer l'affectation de ses versements. Dans ce cas, l'antériorité du contrat initial⁽³⁾ n'est pas remise en cause, à condition que les clauses du nouveau contrat ne soient pas de nature à en entraîner la novation. Dans le cas présent, le transfert du PEP effectué en 2009 avait permis à l'assuré de conserver l'antériorité fiscale de son premier contrat PEP souscrit en 1991. Néanmoins, le versement de 2013, d'un montant de 180 000 euros, a entraîné le dépassement du plafond légal de 92 000 euros. L'assuré a alors perdu le bénéfice de l'enveloppe fiscale du PEP et les fonds restants investis sur le contrat d'assurance vie ont été soumis à la fiscalité de droit commun de l'assurance vie (article 757 B du CGI). L'assuré avait d'ailleurs expressément demandé l'abandon du cadre fiscal du PEP dans sa demande de versement complémentaire.

SOLUTION

L'assureur a donc fait une correcte application de la réglementation fiscale en procédant à la déclaration des primes versées après 70 ans, à hauteur de la totalité des versements réalisés sur le contrat ouvert en 2009. Cependant, il a manqué à son devoir de conseil en ne prenant pas soin d'alerter son assuré sur les conséquences fiscales de sa demande de versement complémentaire effectuée au titre de ce contrat et a été invité, à ce titre, à verser à chacun des bénéficiaires 25 % du montant de la fiscalité prélevé sur les capitaux. ■

Claudia Raby

Les assurés doivent examiner attentivement les conséquences fiscales des opérations pouvant être réalisées sur un Plan d'Épargne Populaire et solliciter tout conseil nécessaire.

⁽¹⁾ Il ne peut plus être souscrit de PEP depuis la loi du 25 septembre 2003 portant création du Plan d'Épargne Retraite Populaire (PERP).

⁽²⁾ BOI-RPPM-RCM-40-60.

⁽³⁾ En application des articles 757 B et 990 I du Code général des impôts.

LES ÉTUDES DE CAS EN
ASSURANCE DE PERSONNES



LA MISE EN ŒUVRE
DU CONTRAT



LE VERSEMENT DES PRESTATIONS SE POURSUIT MÊME EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT

La résiliation du contrat n'empêche pas la poursuite du versement des prestations, même si le contrat n'est pas un contrat collectif de prévoyance.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré en 2013 à un contrat d'assurance destiné à garantir le remboursement de ses échéances de prêt en cas d'incapacité de travail. L'assuré a été placé en arrêt de travail en 2020 et l'assureur a versé des prestations au titre de la garantie ITT. En avril 2021, l'assuré a sollicité la résiliation de son contrat d'assurance pour en souscrire un nouveau. L'assureur initial a alors cessé le versement des prestations. Il estimait en effet que la résiliation du contrat avait, *de facto*, entraîné la cessation du versement des prestations liées à l'arrêt de travail puisque le prêt était désormais garanti par un autre assureur.



ANALYSE

L'assuré avait résilié son contrat d'assurance emprunteur afin de souscrire un nouveau contrat d'assurance équivalent auprès d'un autre assureur⁽¹⁾. Si, en matière de prévoyance collective, l'assureur a l'obligation de maintenir les prestations liées à un fait générateur apparu lorsque le contrat était en cours, malgré la résiliation ou le non-renouvellement de ce contrat⁽²⁾, la Cour de cassation a jugé que ces dernières dispositions n'étaient pas applicables à l'assurance emprunteur⁽³⁾. Cependant, cela n'entraîne pas nécessairement une cessation du remboursement des échéances du prêt en cas de résiliation du contrat d'assurance tandis que l'assuré est toujours en arrêt de travail. En effet, il existe un principe général, confirmé par la jurisprudence en matière d'assurance prévoyance complémentaire, hors champ de la loi Évin, applicable en matière d'assurance emprunteur, de poursuite par l'assureur du versement des prestations pour des sinistres survenus pendant la période de validité du contrat, dans des situations où le contrat aurait par la suite été résilié⁽⁴⁾. La théorie générale des assurances de personnes distingue en effet la garantie, qui a pu disparaître, et les prestations qui, malgré cette disparition, sont maintenues⁽⁵⁾.

SOLUTION

L'arrêt de travail de l'assuré se poursuivait au-delà de la résiliation du premier contrat. L'assureur initial, qui avait commencé à verser des prestations, était donc tenu d'en poursuivre le versement. ■

Laura Bensimon

L'assureur initial doit poursuivre le versement des prestations en cas de substitution d'assurances emprunteur à la suite de la résiliation de son contrat par l'assuré, et ce même si la loi Évin n'est pas applicable aux contrats emprunteur.

(1) Mécanisme issu des lois dites « Hamon », n° 2014-344 du 17 mars 2014, « Sapin II », n° 2016-1691, entrée en vigueur le 1^{er} juin 2017.

(2) Article 7 de la loi dite « Évin », n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

(3) Cass. 1^{re} Civ., 13 janvier 2004, n° 02-14.202.

(4) V. Cass. soc., 18 mars 2003, n° 01-41669 : RGDA 2003, p. 528, note Bigot J.

(5) Mayaux L., « Le contrat d'assurance », in Bigot J. (dir.), *Traité de droit des assurances*, t. III, 2^e éd., 2014, LGDJ, n° 66.

LE PAIEMENT DES PRESTATIONS NE CESSE PAS AUTOMATIQUEMENT EN CAS DE CESSATION DES GARANTIES

La cessation d'une garantie ne s'accompagne pas nécessairement de la cessation du paiement des prestations par l'assureur.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré à un contrat d'assurance destiné à lui garantir le versement d'une indemnité mensuelle en cas de perte d'emploi. Il est licencié l'année suivante et bénéficie du versement des prestations au titre de cette garantie. Après le 61^e anniversaire de l'assuré, l'assureur a cessé le versement des prestations. Il estimait en effet que, conformément aux dispositions contractuelles, l'adhésion au contrat – et donc l'ensemble des garanties accordées – avait cessé à la date d'anniversaire de la date d'effet du contrat suivant les 61 ans de l'assuré.



ANALYSE

Dans le cadre d'un contrat d'assurance, l'assureur s'engage à exécuter une prestation au profit d'un assuré en cas de réalisation d'un risque, événement aléatoire. Cette définition distingue les notions de prestation et de garantie : la prestation est versée à la suite de la réalisation du risque garanti. Le contrat d'assurance repose notamment sur le principe de liberté contractuelle. L'assureur détermine ainsi librement l'étendue des garanties qu'il souhaite prendre en charge, tant dans leur contenu que leur durée. L'assureur est donc en droit de prévoir la cessation d'une garantie lorsque l'assuré atteint un âge défini, ainsi qu'une durée maximale d'indemnisation (cessation des prestations). Les durées d'indemnisation et de garantie ne sont donc pas nécessairement liées. Ainsi, le versement d'une prestation peut avoir lieu alors même que la garantie est éteinte, dès lors que le risque s'est réalisé pendant la période de couverture de la garantie. En l'occurrence, le contrat prévoyait que « l'ensemble des garanties cesse au plus tard au premier des événements suivants (...) : la date d'anniversaire de la date d'effet suivant le 61^e anniversaire de l'Assuré » et énumérait plusieurs cas de cessation des prestations, sans toutefois envisager la cessation du versement des prestations lorsque l'assuré avait atteint un âge défini. Le contrat ne prévoyait pas, en cas de perte d'emploi, l'arrêt du versement des prestations lorsque l'assuré avait atteint l'âge de 61 ans à la date d'anniversaire de son contrat.

SOLUTION

En l'absence de mention spécifique dans le contrat d'assurance, les cas de cessation des garanties n'entraînaient pas automatiquement la cessation du versement des prestations. L'assureur était donc tenu de poursuivre le versement. ■

Laura Bensimon

Les cas de cessation des garanties et les cas de cessation de paiement des prestations doivent être explicitement prévus dans le contrat d'assurance.

Les cas de cessation des garanties peuvent entraîner automatiquement la cessation du paiement des prestations, à condition que cela soit précisé dans le contrat.

B. LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

EN CAS DE RECHUTE APRÈS RÉSILIATION, LES PRESTATIONS DE PRÉVOYANCE SONT MAINTENUES

L'assureur ayant pris en charge un arrêt de travail dans le cadre d'un contrat d'assurance collectif doit maintenir le service de sa prestation en cas de rechute de l'assuré; la résiliation de l'adhésion par l'adhérent est sans effet sur son maintien.

CONTEXTE

Un assuré avait adhéré à un premier contrat collectif d'assurance à adhésion facultative, prévoyant le versement de prestations en cas d'arrêt de travail. L'assureur avait pris en charge un arrêt de travail survenu avant la résiliation de ce contrat. Puis, l'assuré a résilié sa couverture pour adhérer à un second contrat d'assurance auprès d'un autre assureur.

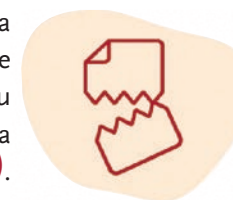
L'assuré ayant fait une rechute a été à nouveau placé en arrêt de travail. Il a sollicité la prise en charge de ce second sinistre auprès du premier assureur, en se fondant sur l'article 7 de la loi Évin⁽¹⁾.

Ce dernier a refusé la prise en charge ce nouvel arrêt de travail, considérant que le dispositif de maintien ne s'appliquait que pour les contrats collectifs à adhésion obligatoire, et uniquement si la résiliation résultait d'une initiative de l'employeur ou de l'assureur.

ANALYSE

L'article 7 de la loi Évin organise le maintien des garanties de prévoyance à l'égard de l'assuré ayant adhéré à un contrat collectif d'assurance. Il prévoit notamment que la résiliation du contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution. La Cour de cassation précise que les prestations acquises pendant la période de validité du contrat ne peuvent être remises en cause par la résiliation de la police, même si l'article 7 ne trouve pas à s'appliquer. C'est le cas en matière de rupture du contrat de travail ou de résiliation volontaire par l'adhérent⁽²⁾. L'assureur poursuit la prise en charge des assurés en incapacité de travail à la date de la résiliation du contrat d'assurance, dans les conditions et pour la durée

RÉSILIATION



prévue par la convention en vigueur lors de la survenance de la maladie⁽³⁾. De même, si le second arrêt de travail est la suite directe et exclusive d'un sinistre constaté avant la résiliation du contrat et pris en charge par l'assureur, ce dernier doit délivrer sa garantie, même si la couverture a été résiliée entre-temps⁽⁴⁾. L'assureur a donc l'obligation de maintenir les prestations liées à un fait générateur apparu lorsque le contrat était en cours, malgré sa résiliation ultérieure, dès lors que le droit est au moins né (soit un droit né ou acquis durant l'exécution du contrat).

SOLUTION

Aucune disposition légale ni clause du contrat ne prévoit que la résiliation du contrat doive intervenir à l'initiative exclusive de l'assureur ou de l'employeur pour que l'assuré bénéficie d'un maintien des prestations, qui résulte donc de l'application de la jurisprudence. L'assuré souffrant, au titre de ce second arrêt de travail, de la même pathologie que celle pour laquelle il a été indemnisé par l'assureur au titre de son premier arrêt de travail avant la résiliation de son contrat, son droit est bien né et acquis avant résiliation du contrat. Le second arrêt de travail de l'assuré s'analysait comme une rechute de l'état de santé de l'assuré et, en ce sens, il devait être pris en charge par le premier assureur, bien que l'assuré ait entre temps résilié son adhésion au contrat d'assurance collectif. ■

Laura Juchault-Montana

La résiliation de l'adhésion au contrat d'assurance de groupe est sans impact sur le versement de prestations de prévoyance immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

L'assureur doit prendre en charge au titre du maintien des prestations les sinistres directement liés à un précédent arrêt pris en charge, en dépit de la résiliation de l'adhésion.

⁽¹⁾ Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

⁽²⁾ Cass. 2^e Civ., 5 mars 2015, n° 13-26.892; Cass. 1^{re} Civ., 26 février 1991, n° 88-18.892.

⁽³⁾ Cass. 1^{re} Civ., 29 avril 2003, n° 01-01.978.

⁽⁴⁾ Cass. 2^e Civ., 12 avril 2012, n° 11-17.355; Cass. 2^e Civ., 17 juin 2010, n° 09-15.089; Cass. 2^e Civ., 12 février 2009, n° 08-12290.

L'OPTION FISCALE EN CAS DE RACHAT NE PEUT ÊTRE EXERCÉE APRÈS LE RÈGLEMENT

Lors d'un rachat, l'assuré peut opter, concernant les versements effectués jusqu'au 26 septembre 2017, pour le Prélèvement Forfaitaire Libératoire (PFL). Il n'appartient pas à l'assureur, après la réalisation de l'opération, d'accéder à une demande de modification du mode d'imposition retenu.

CONTEXTE

À l'occasion du rachat total de son contrat d'assurance sur la vie, un assuré sollicite, postérieurement à la réalisation de l'opération par l'entreprise d'assurance, la modification du mode d'imposition choisi. L'assuré souhaite revenir sur l'application du barème de l'impôt sur le revenu au profit du Prélèvement Forfaitaire Libératoire (PFL). L'assureur refuse de faire droit à sa demande en lui indiquant que l'option pour le PFL ne peut être exercée *a posteriori*.



ANALYSE

Conformément à l'article 125-0, A, II du Code général des impôts, le souscripteur a la possibilité d'opter, concernant les primes versées jusqu'au 26 septembre 2017, pour un prélèvement forfaitaire libératoire de l'impôt sur le revenu à l'occasion du rachat de son contrat. Bien qu'une telle option n'obéisse à aucune condition formelle, il est nécessaire que l'assuré en ait formulé la demande de manière claire et explicite auprès de l'assureur. À défaut, c'est le régime de droit commun qui s'applique, à savoir l'intégration des produits du contrat dans le revenu global soumis au barème progressif de l'impôt sur le revenu. En application de l'article susvisé, l'option choisie est « irrévocable » et doit être « exercée au plus tard lors de l'encaissement des revenus ». Préalablement à sa demande de rachat, l'assuré s'était vu rappeler par le biais d'une note explicative la fiscalité applicable aux produits réalisés sur son contrat en cas de rachat. Il lui avait également été précisé la possibilité de choisir entre le barème de l'impôt sur le revenu et le PFL, avec une présentation des modalités d'application de chacun de ces régimes. L'assuré avait alors fait part de sa décision lors de sa demande adressée à l'entreprise d'assurance.

SOLUTION

Compte tenu du choix formulé en faveur du barème de l'impôt sur le revenu, celui-ci devait s'appliquer. L'assuré ne pouvait solliciter l'application du PFL après avoir reçu le règlement des sommes issues du rachat. L'assureur a dès lors fait une exacte application des dispositions légales en refusant de modifier *a posteriori* le régime fiscal retenu. En tout état de cause, l'assureur n'est que collecteur d'impôt pour le compte de l'administration fiscale. Il ne peut donc lui-même procéder à une telle modification. ■ **Sandrine Gaston**

Les assurés sont invités à lire attentivement les documents évoquant la fiscalité applicable à l'occasion des rachats et à solliciter si besoin tout conseil nécessaire.

Le cas échéant, il leur appartient d'opter pour le PFL avant le paiement des sommes dues afin que ce prélèvement puisse être opéré par l'assureur pour le compte de l'administration fiscale.

LA SAISIE FISCALE DU CONTRAT D'ASSURANCE VIE ENTRAÎNE SON RACHAT FORCÉ

La saisie administrative à tiers détenteur permet au comptable public d'obtenir le paiement d'une somme dont le redevable ne s'est pas acquitté. Lorsqu'elle porte sur un contrat d'assurance vie rachetable, cette procédure dérogatoire se matérialise par un rachat auquel le souscripteur ne peut s'opposer.

CONTEXTE

En mars 2019, un assureur s'est vu notifier par l'administration fiscale une saisie administrative à tiers détenteur portant sur le contrat d'assurance vie de l'un de ses assurés. En exécution de cette saisie, l'assureur a procédé quelques jours plus tard au rachat total du contrat d'assurance vie. L'assuré a contesté l'opération, soulignant n'avoir jamais fait de demande de retrait et reprochant à l'assureur de pas avoir « protégé » son contrat. Il a alors sollicité le remboursement de la somme versée à l'administration fiscale. L'entreprise d'assurance a refusé de faire droit à cette demande en indiquant à l'assuré qu'un contrat d'assurance vie peut faire l'objet d'une saisie de la part du comptable public.



ANALYSE

L'article L.262 du Livre des procédures fiscales prévoit : « Les créances dont les comptes publics sont chargés du recouvrement peuvent faire l'objet d'une saisie administrative à tiers détenteur notifiée aux dépositaires, détenteurs ou débiteurs de sommes appartenant ou devant revenir aux redevables ». Le tiers saisi est contraint de procéder au versement des sommes dues dans les trente jours à compter de la réception de la saisie, sous peine de s'exposer à une majoration des sommes saisies à hauteur du taux d'intérêt légal. Ainsi, la saisie administrative à tiers détenteur produit un effet attributif immédiat au profit du créancier saisissant (l'administration fiscale) à concurrence des sommes pour lesquelles elle est pratiquée. Une saisie administrative à tiers détenteur peut porter sur un contrat d'assurance vie rachetable et provoque alors son rachat forcé, celui-ci pouvant être partiel ou total.

SOLUTION

L'assureur était donc contraint de procéder à l'opération de rachat et ne pouvait « protéger » le contrat d'assurance vie en cause. Il s'est ainsi conformé à ses obligations en versant les sommes dues à l'administration fiscale en exécution de la saisie administrative à tiers détenteur. Le rachat forcé produisant les mêmes effets qu'un rachat sollicité par le souscripteur, ce dernier a pu choisir les modalités d'imposition des plus-values, en l'occurrence le barème de l'impôt sur le revenu ou le prélèvement forfaitaire libératoire. ■ **Nicolas Patron**

Si le souscripteur ne souhaite pas qu'un rachat forcé soit réalisé sur son contrat d'assurance vie, il peut encore régulariser sa situation en versant la somme dont il est redevable à l'administration fiscale, afin que celle-ci donne mainlevée de la saisie.

La saisie administrative à tiers détenteur ne produit pas ses effets lorsque le contrat d'assurance vie fait l'objet d'un nantissement en cours ou lorsque le bénéfice du contrat a été accepté par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s).

B. LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT

EN L'ABSENCE DE REPRÉSENTATION, LES ENFANTS DU BÉNÉFICIAIRE RENONÇANT NE PERCEVRONT PAS LE CAPITAL DÉCÈS À SA PLACE

Le bénéficiaire désigné peut librement choisir de renoncer au bénéfice du contrat. Néanmoins, il ne peut pas décider d'y renoncer au profit d'une personne de son choix, ni transférer ses droits à ses enfants en l'absence de représentation expresse.

CONTEXTE

Au dénouement du contrat d'assurance vie pour cause de décès, le fils de l'assuré stipulant, seul bénéficiaire du contrat par suite du prédécès du bénéficiaire de premier rang, a été contacté afin qu'il communique les documents nécessaires à la perception des capitaux décès. Il a souhaité renoncer au bénéfice du contrat au profit de ses propres enfants.

La société d'assurance a refusé de verser le capital décès à ses enfants au motif qu'ils ne venaient pas en représentation de leur père, bénéficiaire de second rang renonçant. C'était donc au bénéficiaire de troisième rang « les héritiers de l'assuré » (soit le fils unique de l'assuré stipulant) de percevoir le capital décès.

ANALYSE

Le mécanisme de renonciation au bénéfice d'un contrat d'assurance vie permet à un bénéficiaire désigné de refuser de se voir attribuer la prestation qui doit lui revenir.

Lorsque le bénéficiaire désigné renonce au bénéfice du contrat, cette renonciation a pour effet la perte de son droit. Le capital revient alors, selon les termes de la stipulation, aux autres bénéficiaires de même rang ou aux bénéficiaires subsidiaires désignés – ou éventuellement réintègre l'actif successoral du stipulant en cas d'absence d'autres bénéficiaires.

La renonciation ne permet en aucun cas de transférer ce droit. Il est donc impossible pour un bénéficiaire de renoncer au profit de quelqu'un, pas même de ses enfants. Il ne pourra que renoncer purement et simplement au bénéfice du contrat.

RENONCIATION



Le mécanisme de représentation prévu à l'article 751 du Code civil, automatique en droit des successions, ne s'applique donc pas en droit des assurances, sauf lorsque l'assuré a expressément prévu cette représentation dans sa clause bénéficiaire.

En effet, seul le stipulant a qualité pour désigner le(s) bénéficiaire(s) de son contrat. Il s'agit d'un droit exclusivement attaché à sa personne, qu'aucun autre individu ne peut exercer, pas même le bénéficiaire de second rang qui souhaite renoncer à sa quote-part.

SOLUTION

En l'absence de représentation stipulée dans la clause bénéficiaire, le bénéfice du contrat ne pouvait donc être automatiquement attribué aux enfants du bénéficiaire de second rang renonçant.

Ainsi, les capitaux décès se sont vus attribués aux bénéficiaires de troisième rang, qui étaient les « héritiers de l'assuré », en l'occurrence le fils unique du stipulant (qui était également le bénéficiaire de second rang renonçant), et non pas les propres enfants de ce dernier. ■

Claudia Raby

À défaut de mention spécifique dans la clause bénéficiaire, la renonciation entraîne l'attribution de la part du renonçant au(x) autre(s) bénéficiaire(s) de même rang ou de rang subséquent. Il est utile de préciser, dans la clause bénéficiaire, le sort des capitaux décès attribués à un bénéficiaire renonçant.

À défaut de bénéficiaires subsidiaires, le contrat devra être considéré comme étant sans bénéficiaire déterminé et le capital décès sera alors réintégré dans l'actif successoral du stipulant assuré⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Article L.132-11 du Code des assurances.

SANDRINE GASTON

JURISTE CONFIRMÉE
Pôle Assurance vie, épargne et retraite

**Quel est votre parcours ?**

J'ai un parcours un peu atypique. Après le bac, j'ai entrepris des études d'infirmière. Mais le domaine ne me correspondant pas, je me suis dirigée vers le droit, qui répondait à mon véritable besoin de justice et d'entraide. Je suis devenue assistante juridique.

J'ai intégré un premier cabinet d'avocats spécialisé dans le droit de la famille et de l'immobilier, puis un second tourné vers le domaine de l'assurance.

C'est là que j'ai découvert le monde de l'assurance sous tous ses aspects, du droit

pénal au droit du travail, en passant par les expertises relevant de l'assurance construction. Puis, j'ai décidé de reprendre mes études, au début en parallèle de mon travail, et puis à temps plein. J'ai fait un Master 1 en droit social avec option assurance, et un Master 2 professionnel en assurance à Montpellier. Après mon master, j'ai intégré la Médiation de l'Assurance, d'abord au pôle Prévoyance, où se mêlaient le domaine de la santé et le droit.

Au sein de LMA, j'ai d'abord été juriste puis juriste référente : j'ai managé une équipe pendant un temps. Enfin, en parallèle, j'ai fait un deuxième Master en ingénierie du patrimoine, où j'ai découvert l'assurance vie, l'immobilier...

Et j'ai finalement voulu me tourner vers l'épargne, aussi j'ai intégré le pôle Assurance vie, épargne et retraite.

**Quelle est votre fonction au sein de LMA ?
Quelles sont vos missions ?**

Aujourd'hui, je suis juriste confirmée au sein du pôle Assurance vie. Mes tâches

sont centrées sur l'étude et l'instruction des dossiers de médiation, puis la rédaction d'une proposition de solution. Lorsque les réclamants ou les professionnels d'assurance reviennent vers nous, nous étudions les nouveaux éléments communiqués et nous répondons à leurs retours. Il arrive parfois que nous changions de position en raison de ces nouveaux documents.

Mais, de façon générale, nous passons 80 % de notre temps sur l'instruction des dossiers et la préparation des propositions de solution.

Qu'est-ce qui vous plaît dans votre travail ?

Ce qui me plaît, c'est d'apporter une solution juste et équitable à chaque situation que nous rencontrons, et non seulement une réponse juridique avec une stricte application du droit ou du contrat. La Médiation de l'Assurance a la possibilité de rendre une solution en « équité », ce qui nous permet d'aller plus loin que le droit, de pouvoir aussi nous dire :

« on est dans une situation particulière » qui n'appelle pas une réponse strictement juridique. Cela apporte une dimension beaucoup plus humaine dans l'étude du dossier.

Nous voyons des situations, par exemple sur les clauses bénéficiaires, où il serait complètement ubuesque de dire « c'est comme ça au niveau du droit, donc c'est comme ça que l'on répond », alors que la situation invite clairement à avoir une autre vision, beaucoup plus haute, sur la situation de la personne qui est très particulière.

Votre métier en trois mots ?

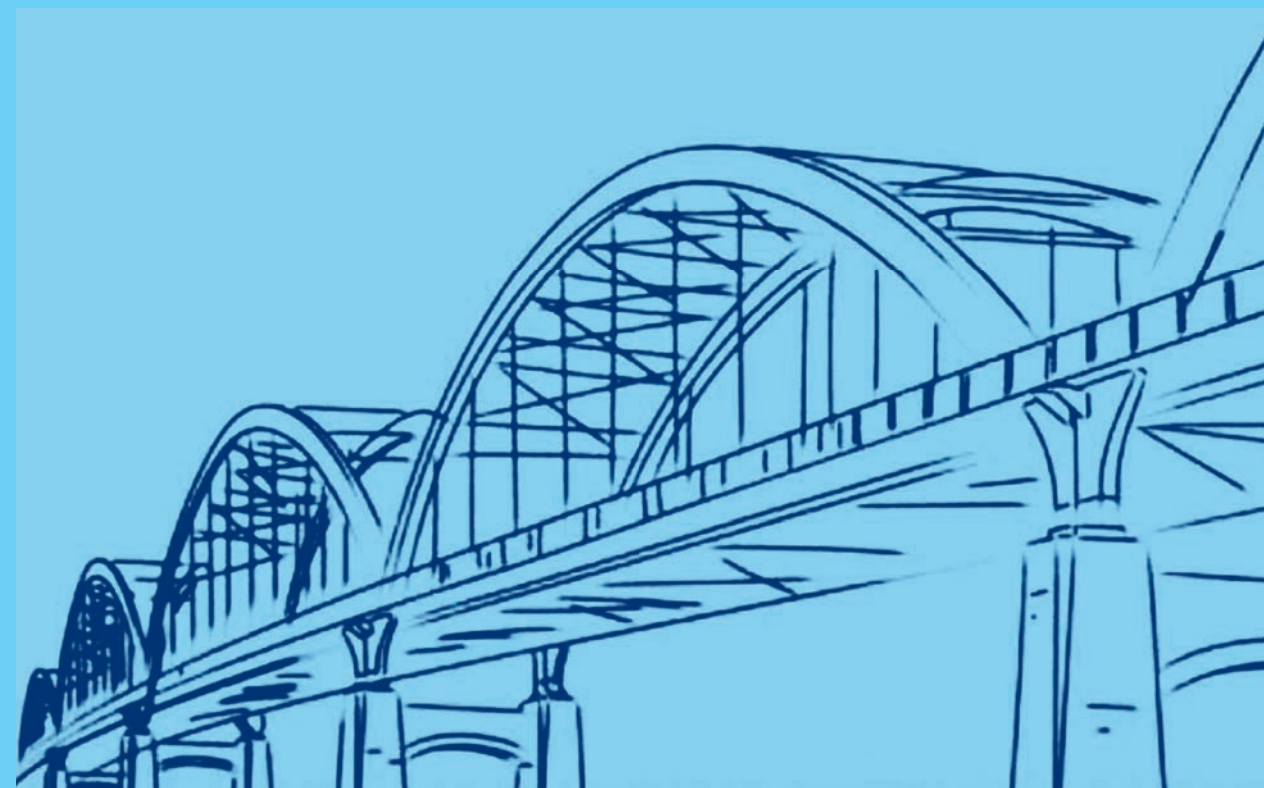
Je dirais **analyse, humanité et équitable**. Je pense qu'à la Médiation de l'Assurance, de façon générale, tous les profils sont les bienvenus à partir du moment où l'on cherche à apporter une réponse juste à une personne, à sortir de la réclamation et à voir le côté humain.

Les profils qui ont intégré LMA ont cette envie d'aider, cette envie d'apporter une solution juste. ■

(1) Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales.



ANNEXES



UNE MISSION PÉDAGOGIQUE LISTE DES PUBLICATIONS ET DES INTERVENTIONS DE LMA

La mission première de la Médiation de l'Assurance est de tenter de résoudre, à l'amiable, les différends entre assurés et assureurs, en toute indépendance et en mettant en œuvre sa compétence et son expertise pour apporter rapidement une réponse aux consommateurs.

Notre mission consiste aussi à tirer les leçons de plaintes récurrentes et à dire aux assureurs les dysfonctionnements relevés en vue de corriger certaines pratiques. Nous participons également à l'information du consommateur, en expliquant comment fonctionne un contrat d'assurance et quels sont les droits et les obligations de l'assureur et de l'assuré.

Diffuser nos positions, notre « doctrine », permet qu'elle soit comprise par tous les acteurs et que les solutions que nous proposons puissent finalement être anticipées par les professionnels de l'assurance. Cela est aussi utile aux consommateurs pour mieux comprendre leur contrat et ainsi mieux connaître leurs droits.

ÉTUDES DE CAS

Les études de cas sont publiées toutes les deux semaines – le mardi – sur la page « Publications et presse / Études de cas de la Médiation » du site internet de la Médiation de l'Assurance. Ces études de cas permettent de mettre en avant une problématique, de manière pédagogique et didactique. Elles sont disponibles sur le site internet de la Médiation de l'Assurance. Certaines sont également publiées dans des magazines spécialisés (l'Argus de l'Assurance, l'Agefi Actifs, Codes courtage...). ■

LES CONTRATS OU GARANTIES D'ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

- ◆ Annulation de voyage (2)
- ◆ Assurance automobile (6)
- ◆ Assurance habitation (3)
- ◆ Catastrophes naturelles (2)
- ◆ Construction (2)
- ◆ Pertes de loyers (1)
- ◆ Pertes d'exploitation (3)
- ◆ Prescription (1)
- ◆ Preuves du sinistre (2)
- ◆ Protection juridique (1)
- ◆ Responsabilité civile (4)

LES CONTRATS OU GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

- ◆ Assurance emprunteur (5)
- ◆ Contrats collectifs (2)
- ◆ Contrat mixte (1)
- ◆ Contrat obsèques (3)
- ◆ Contrat temporaire décès (1)
- ◆ Loi Évin (2)
- ◆ Notion d'accident (4)
- ◆ Perte d'emploi (5)
- ◆ Retraite (3)
- ◆ Secret médical (1)

LES CONTRATS D'ASSURANCE VIE

- ◆ Acceptation du bénéfice (1)
- ◆ Clause bénéficiaire (2)
- ◆ Fiscalité (2)
- ◆ Rachat (1)
- ◆ Valorisation du capital (1)
- ◆ Versement du capital (3)

LES SUJETS TRANSVERSES

- ◆ Clause d'exclusion (9)
- ◆ Déclaration du risque (11)
- ◆ Déclaration du sinistre (5)
- ◆ Devoir de conseil du professionnel d'assurance (14)
- ◆ Expertise (3)
- ◆ Indemnisation (11)
- ◆ Résiliation (9)
- ◆ Souscription à distance (3)

Depuis mars 2020, la Médiation de l'Assurance a publié 129 études de cas, dont les thèmes couvrent l'ensemble du marché de l'assurance :

CAHIERS DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

Les Cahiers de la Médiation de l'Assurance se veulent un outil d'information didactique et simple d'utilisation, à destination tant des professionnels de l'assurance que des assurés et de leurs représentants. Ils traitent de sujets variés touchant à tous les domaines de l'assurance : assurance de biens, prévoyance ou assurance vie. Ils explorent le fonctionnement du contrat d'assurance et illustrent les difficultés rencontrées par les consommateurs par des études de cas concrètes. ■

Cahier de LMA n° 1 :	La résiliation d'un contrat d'assurance (20 octobre 2022)
Cahier de LMA n° 2 :	Les clauses d'exclusion dans un contrat d'assurance (28 février 2023)
Cahier de LMA n° 3 :	Assurance vie : la rédaction de la clause bénéficiaire (30 novembre 2023)
Cahier de LMA n° 4 :	Assurance vie : l'acceptation de la clause bénéficiaire (22 février 2024)

AUTRES PUBLICATIONS

Fondation pour l'innovation politique (Fondapol)	La défiance vue par le prisme du médiateur de l'assurance Arnaud Chneiweiss (juillet 2023)
Ministère de l'Économie, des Finances et de la Relance	Les assurances professionnelles et la crise sanitaire : renouer un lien de confiance Rapport présenté par Arnaud Chneiweiss, médiateur de l'Assurance, au ministre de l'Économie, des Finances et de la Relance (8 juillet 2021)
Bulletin juridique des assurances (BJDA)	Médiation de l'assurance : l'expérience du soft power Arnaud Chneiweiss, Médiation de l'assurance : l'expérience du soft power, bjda.fr 2020, n° 72 (6 novembre 2020)

ÉMISSION IFPASS TV – LE QUART D'HEURE DE LA MÉDIATION

« Le Quart d'heure de la médiation » est une émission mensuelle Ifpass TV diffusée tous les premiers mardis du mois à 10 h. Cette émission donne la parole au Médiateur de l'Assurance sur des sujets divers traités en médiation et est animée par Laurent Arachtingi, Directeur Général de l'Ifpass. ■

Émission n° 1	Les clauses d'exclusion dans un contrat d'assurance (2 mai 2023)
Émission n° 2	La notion d'équité (6 juin 2023)
Émission n° 3	La clarté des contrats (4 juillet 2023)
Émission n° 4	Le doute doit profiter à l'assuré (5 septembre 2023)
Émission n° 5	Les experts (3 octobre 2023)
Émission n° 6	Les fausses déclarations (7 novembre 2023)
Émission n° 7	Pourquoi toujours plus de saisines de La Médiation de l'Assurance ? (6 février 2024)
Émission n° 8	Les assurances affinitaires (2 avril 2024)
Émission n° 9	Les délais d'indemnisation (4 juin 2024)
Émission n° 10	Les contrats obsèques (2 juillet 2024)

AUTRES INTERVENTIONS (2023-2024)

France Inter	Face aux risques climatiques : rester assurable Émission Le téléphone sonne (3 avril 2024)
B Smart	Médiation de l'Assurance : tableau de bord Émission Smart Patrimoine (12 mars 2024)
L'Argus de l'Assurance	Litiges auto : les dernières prises de position de La Médiation de l'Assurance Webinaire (5 avril 2023)

LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC

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

PRÉAMBULE

Le Club des médiateurs de services au public, constitué en association, regroupe des médiateurs de la consommation, d'administrations, d'entreprises publiques et de collectivités, en charge de services au public. Ils pratiquent la médiation pour parvenir avec les parties à une solution amiable fondée en droit et en équité.

En outre, ils font des recommandations de portée générale en vue d'encourager les bonnes pratiques dans les relations avec les publics concernés. Ces médiations, gratuites pour les demandeurs et d'un accès direct, dès que les recours internes ont été respectés, s'exercent conformément aux principes fixés par la présente Charte des Médiateurs de services au public.

Cette Charte constitue le socle de référence éthique de la médiation pratiquée par les membres du Club des médiateurs de services au public (ci-après le(s) « médiateur(s) »). La médiation est un processus structuré par lequel des personnes physiques ou morales tentent, avec l'aide du médiateur, de manière volontaire, de parvenir à un accord amiable pour résoudre leur différend. Le médiateur est un tiers compétent et indépendant, non impliqué dans le différend. Son éthique repose sur les valeurs portées par la présente charte. Il dispose d'une compétence sur les sujets qui lui sont confiés en médiation. Il actualise et perfectionne ses connaissances théoriques et pratiques de la médiation par une formation continue, notamment dans le cadre du Club. Le médiateur s'attache au respect des personnes et à leur écoute attentive afin que les parties puissent dépasser leur différend pour aboutir à une solution.



1. VALEURS DU MÉDIATEUR DU CLUB

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

L'indépendance

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

La neutralité

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

L'impartialité

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

2. PRINCIPES APPLICABLES AU PROCESSUS DE MÉDIATION

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

L'équité

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

La transparence

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

- sur son champ de compétence de façon large et accessible, notamment sur son site internet et sur celui du Club des médiateurs de services au public ;
- les publics de manière claire et complète sur les valeurs et les principes de la médiation ainsi que sur les conditions de déroulement du processus ;
- sur les effets de la médiation, notamment, le cas échéant, sur la suspension des délais de prescription applicables et sur le fait que les demandeurs conservent leur droit de saisir les tribunaux. Le médiateur rend public, chaque année, un rapport détaillé sur son activité.

La gratuité

Le recours à la médiation est gratuit pour les demandeurs.

La confidentialité

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

L'efficacité

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

LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE À L'INTERNATIONAL

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.

Le réseau compte 62 membres de 30 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.

Ainsi, lorsqu'un réclamant français fait part au Médiateur de l'Assurance 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.

À l'inverse, 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 être adressée directement par le consommateur ou par l'intermédiaire du médiateur du pays concerné. Dans ce cadre, LMA peut être saisie en français ou en anglais. La proposition de solution du Médiateur de l'Assurance est rédigée en français. ■



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

ACPR

Recommandation 2022-R-01 du 9 mai 2022 sur le traitement des réclamations

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
- Avis du 17 janvier 2023 portant sur les assurances affinitaires, publié le 24 janvier 2023

SITE INTERNET DE LMA

- Saisir la médiation : formulaire.mediation-assurance.org
- Pour consulter les études de cas de LMA : mediationassurance.org/etudes-de-cas
- Lire les cahiers de LMA : mediation-assurance.org/les-cahiers-de-la-mediation

MÉDIAS

- **Face aux risques climatiques : rester assurable**
France Inter, émission « Le téléphone sonne », avril 2024
- **Arnaud Chneiweiss, Médiateur de l'Assurance : « Les assureurs jouent de plus en plus le jeu de la transaction amiable »** L'Argus de l'assurance, février 2024
- **Arnaud Chneiweiss, Médiateur de l'Assurance : « Avec les collectivités territoriales aussi, nous aurons un rôle d'apaisement »** L'Argus de l'assurance, septembre 2023
- **La Médiation de l'Assurance, bientôt en surchauffe ?**
La Tribune de l'assurance, septembre 2023
- **Trois questions au Médiateur de l'Assurance** Le Monde, juillet 2023
- **Règlementation : comment les assureurs s'organisent face aux réclamations**
L'Argus de l'assurance, juillet 2023
- **Nouveau traitement des réclamations : le défi du 1^{er} janvier 2023**
L'Argus de l'assurance, octobre 2022
- **« Nous devons convaincre, par notre indépendance et notre compétence »**
Interview du Médiateur Dalloz Actualité, septembre 2022
- **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
 TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09
- **Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation :**
economie.gouv.fr/mediation-conso/commission
- **France Assureurs :**
franceassureurs.fr
- **Anacofi Courtage :**
anacofi.asso.fr
- **AGEA :**
agea.fr
- **ENDYA :**
endya.fr
- **VOTRASSO :**
votrasso.org
- **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 :**
finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_fr
- **Centre européen de la consommation :**
cec-zev.eu

Suivez-nous sur LinkedIn !



INDEX



A

Accident	64, 66
Affinitaire	4, 10
Aléa	123
Annulation de voyage	10, 64
Antécédent médical	106, 110
Arrêt de travail	110, 112, 114, 122, 124
Assurance vie	64, 118, 127, 128
Automobile	10, 66, 80, 94

B

Bénéficiaire	10, 64, 94, 116, 118, 127, 128
Bilan annuel	116

C

Capital	66, 76, 78, 116, 118, 128
Capital-décès	66, 118, 128
Carte bancaire	10
Catastrophe naturelle	10, 98
Clause bénéficiaire	10, 128
Clause d'exclusion	70, 80, 90, 96, 110
Compensation	90
Condition de garantie	112
Contrat obsèques	116

D

Décès	66, 106, 116, 118, 128
Déchéance de garantie	88
Déclaration de santé	106
Déclaration de sinistre	10, 88
Déclaration du risque	64, 66, 76, 106, 110
Définition contractuelle	4, 10, 64
Dégât des eaux	84, 92
Devoir de conseil	10, 76, 78, 80, 108, 116, 118
Devoir de mise en garde	64
Devoir d'information	64, 108, 110, 116

E

Équité	4, 10
Exclusion	70, 80, 90, 96, 110
Expert/expertise	10, 66, 78, 82, 88, 93, 94, 96, 98

F

Fausse déclaration	66, 88, 106
Fiscalité	118, 126, 127

G

Gestion du sinistre	10
---------------------	----

H

Habitation	10, 64, 66, 76, 78, 80, 90, 92
------------	--------------------------------

I

Incapacité de travail	66, 110, 112, 114, 122, 124
Incendie	10, 80, 88, 90
Indemnité différée	88
Installations extérieures	78

L

Location avec option d'achat (LOA)	96
------------------------------------	----

N

Nullité	66, 106
---------	---------

P

Perte d'emploi	64, 66, 123
Pertes d'exploitation	71
Plaisance	93
Plan d'Épargne Populaire (PEP)	118
Prêt	66, 106, 110, 122
Preuve	70, 78, 85, 88, 106, 110, 112
Principe indemnitaire	88, 93
Protection juridique	82

Q

Questionnaire de santé	66, 106
------------------------	---------

R

Rachat	126, 127
Renonciation au bénéfice	128
Représentation	128
Résiliation	66, 85, 114, 118, 122, 124
Responsabilité civile	66, 71, 80, 84, 92, 96

T

Téléphonie mobile	10, 85
Tondeuse	80
Transfert	118

U

Unités de compte	64
------------------	----

V

Visite de risque	78
Vol	66, 76, 96
Voyage	10, 64



www.mediation-assurance.org



TSA 50110
75441 Paris Cedex 09
www.mediation-assurance.org