

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2024





RAPPORT D'ACTIVITÉ
2024

■ AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE	4
■ 1. INTRODUCTION	
● Le mot du Médiateur	10
● Les systèmes de médiation, complément indispensable de notre système judiciaire	22
■ 2. L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES	
● Les chiffres clés 2024	32
● Les saisines	36
● Les médiations effectuées	44
■ FICHE MÉTIER	
● Charlotte Loyer, Gestionnaire conciliation	50
■ 3. LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE	
● Gouvernance et ressources de la Médiation de l'Assurance	54
● Les adhérents	56
● Une équipe dédiée à la résolution des litiges	60
● La procédure de médiation	62
● La Charte du Médiateur de l'Assurance	64
■ FICHE MÉTIER	
● Aude Picart, Responsable de pôle	66
■ 4. FOCUS	
● L'augmentation des cotisations en assurance de personnes	70
● L'accident en assurance de personnes	74
■ 5. ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ : ÉTUDES DE CAS	
5A. LA RELATION CONTRACTUELLE	
● La précision : un élément essentiel à la validité de la clause d'exclusion	80
● La clause d'exclusion comportant « tel que » n'est pas formelle et limitée	82
● La souscription en ligne doit permettre la mise en œuvre du devoir de conseil	84
● Véhicule immobilisé : les cotisations sont-elles dues ?	86
● La résiliation du contrat d'assurance après cession du véhicule assuré	88
● La cotisation peut être conservée comme pénalité en cas de résiliation pour non-paiement	90
● L'encadrement des frais sollicités après la résiliation du contrat pour non-paiement	92
5B. L'APPLICATION DU CONTRAT	
● L'assuré dispose librement de l'indemnité en cas d'accident non responsable	96
● Transporteur ou assureur : qui est responsable en cas de perte du téléphone durant le transport ?	98
● Vol de bagages : une effraction ou une agression peut être exigée	100
● Les maladies antérieurement constituées, source d'exclusion	102
● L'état de grossesse ne constitue pas une pathologie en soi	104
● L'acte négatif de l'assuré peut être considéré comme une faute dolosive	106
■ FICHE MÉTIER	
● Sandra Morin, Juriste référente	108
■ 6. ASSURANCE DE PERSONNES : ÉTUDES DE CAS	
6A. LA RELATION CONTRACTUELLE	
● Quand démarre le délai de renonciation en l'absence de remise des documents contractuels ?	114
● Conditionner l'octroi d'un bonus à un pourcentage minimum d'unités de compte n'est pas discriminatoire	116
● Le montant des primes peut évoluer en cours de contrat	118
● L'information de l'assuré en cas de modification des garanties d'un contrat collectif par l'assureur	120
● Le souscripteur doit informer l'assuré des évolutions contractuelles	122
● Clause de révision des cotisations : l'assuré doit pouvoir résilier	124
● Un défaut d'information peut faire perdre à l'assuré une chance de résilier son contrat	126
6B. LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	
● Un arrêt de travail entre deux contrats peut ne pas être indemnisé	130
● Le sort des garanties du contrat d'assurance en cas de déchéance du terme du prêt	132
● L'achat de sa résidence principale est un motif de déblocage d'un contrat PER	134
● La possession équivoque d'un bon au porteur ne permet pas au détenteur d'obtenir le paiement	136
● Le choix d'une réversion de la rente viagère d'un contrat retraite est définitif	138
● L'épargne retraite peut être perdue en cas de décès avant liquidation du contrat	140
■ 7. ANNEXES	
● La mission pédagogique de la Médiation de l'Assurance	144
● La Charte du Club des médiateurs de services au public	148
● La Médiation de l'Assurance à l'international	150
● Textes de référence	151
● Adresses utiles	152
■ 8. INDEX	154



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 2025, sur un rythme de 40 000 saisines par an, alors que notre Médiation recevait 15 000 saisines en 2020.

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.

Le volume de dossiers traités permet à LMA de jouer un rôle de vigie quant à la qualité des pratiques commerciales du secteur. Je me réjouis que l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ait repris ces derniers mois les constats de notre médiation en appelant au sujet des clauses d'exclusion floues au respect des décisions de la Cour de cassation et en s'intéressant de plus près aux assurances dites affinitaires (téléphone portable, annulation de voyage, assurances liées à la carte bancaire).

La bonne articulation de notre médiation avec les travaux du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) a permis des progrès concrets ces dernières années sur l'assainissement des pratiques commerciales en assurances affinitaires ou la simplification de la résiliation des contrats. De même, des discussions actives sont en cours au sein du CCSF pour faire disparaître les « trous de garanties » au moment d'un changement d'assurance emprunteur, à la suite de l'alerte lancée par LMA.

Je garde espoir que nous progressions sur la clarté des contrats. Notre Médiateur l'a régulièrement rappelé ces dernières années, les définitions souvent très restrictives de ce qu'est un « accident » ou une « invalidité » sont causes d'incompréhension et de frustration chez les assurés, ce qui n'est bon pour personne.

Le nombre de dossiers à traiter par la Médiation de l'Assurance a plus que doublé depuis début 2023, date de la mise en œuvre de la réforme du traitement des réclamations demandée par l'ACPR, à la suite de travaux consensuels du CCSF. Bien sûr, de multiples raisons peuvent être invoquées pour expliquer cette hausse, comme la défiance de la société française ou le fait que l'assuré obtient une position allant dans son sens dans 55 % des cas. Je pense également que la poursuite de la nette hausse du nombre de dossiers à traiter au premier semestre 2025 indique que certains acteurs n'ont pas assez renforcé leurs services de gestion et de réclamation.

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. Il l'a fait notamment en septembre 2024, avec la création de 28 postes supplémentaires. Les effectifs de LMA atteindront ainsi bientôt 120 personnes.

La question des délais de réponse aux assurés est notre priorité. Face au « choc de saisines » en cours, l'objectif est de stabiliser en 2025 les délais de réponse aux assurés. À terme, l'objectif demeure bien sûr d'en poursuivre la réduction. Malgré l'importante 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 un peu plus de sept mois en moyenne en 2024 contre treize mois fin 2019 et ce délai se maintient au premier semestre 2025. Quand le dossier est simple, nous répondons dans les trois mois dans plus de 40 % des cas.

Notre second objectif est de poursuivre la réalisation de gains de productivité. C'est via notre site internet, doté d'un espace réclamant, que nous recevons désormais 70 % des saisines contre 25 % en 2019. Nous avons par ailleurs engagé un premier projet ayant recours à l'intelligence artificielle, à propos de la reconnaissance des documents. Ces projets seront toujours menés sous supervision humaine.

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. Le cœur de notre

mission de médiation de la consommation est de répondre aux particuliers. Ils représentent plus de 95 % des dossiers traités. Mais depuis 2020, à la demande du Gouvernement, notre médiation peut traiter des litiges des PME. Et depuis 2023, toujours à la demande du Gouvernement et en accord avec la Profession, les collectivités locales peuvent se tourner vers notre médiation dans leurs litiges avec leur assureur à la suite d'un sinistre.

En avril 2025, le Premier ministre a confié à notre médiateur Arnaud Chneiweiss, à titre personnel, car il était important de distinguer cette mission du quotidien de LMA, la responsabilité de diriger une cellule CollectivAssur dont le but est d'aider les communes en grande difficulté pour être assurées.

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. ■

Corinne Dromer





1

INTRODUCTION





Arnaud CHNEIWEISS
Le Médiateur de l'Assurance

RECORD HISTORIQUE DE SAISINES DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

« L'iniquité envers un seul, c'est l'iniquité contre tous. »
Georges Clémenceau

L'événement de 2024, c'est la poursuite du « choc des saisines ». Au printemps 2025, nous sommes sur un rythme de 40 000 saisines par an⁽¹⁾. Quand j'ai pris mes fonctions il y a cinq ans, c'était 15 000. Ajoutons à cela une progression du taux de recevabilité, passé de 33 % à 45 %, si bien que nous avons plus qu'un triplement du nombre de dossiers à traiter sur la période!

Cela fait de la Médiation de l'Assurance (LMA) la plus importante médiation de la consommation du pays⁽²⁾.

Certes, ces saisines ne sont pas toutes recevables⁽³⁾, ni toutes fondées.

Elles donnent toutefois, par leur volume, 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 que « les trains qui déraillent », en tout cas les difficultés dans la relation client, pas les situations où tout se passe bien⁽⁴⁾.

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⁽⁵⁾.

(1) Ces 40 000 saisines concernent pour 95 % des particuliers, 5 % des PME et, de façon marginale, des collectivités locales.

(2) En ayant à l'esprit que les médiations bancaires sont beaucoup plus fragmentées que les médiations du secteur de l'assurance.

(3) Nous ne traitons que les litiges portant sur l'application du contrat d'assurance, et si l'assuré a tenté au préalable de résoudre son litige avec son assureur ou son courtier.

(4) Ce volume des litiges qui remontent jusqu'à nous peut être relativisé en notant que les assureurs ont géré 14 millions de nouveaux sinistres en 2023 (source : France Assureurs).

(5) 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.

Le but est de désengorger les tribunaux des affaires les plus « petites » – le ministère de la Justice réfléchit d'ailleurs à accroître ce seuil à 10 000 euros.

Tous les médiateurs ont vu en conséquence leur activité augmenter. Dans un focus que le lecteur trouvera page 22, j'analyse l'importance croissante des médiations et leur imbrication avec le système judiciaire. La médiation aujourd'hui est clairement le premier niveau de recours pour mettre fin à un litige – je peux en témoigner d'autant mieux que mes pairs m'ont élu, début 2024, Président du Club des médiateurs de services au public (CMSP), qui regroupe médiateurs de la consommation et médiateurs institutionnels.

● 2. Nous saisir est gratuit pour l'assuré⁽⁶⁾, et nous sommes facilement accessibles par internet, canal qui représente, au printemps 2025, les deux tiers de nos saisines.

● 3. Les assurés sont mieux informés de leurs droits.

Depuis 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⁽⁷⁾, 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.

Dans 36 % des cas en 2024, lorsque nous sommes valablement saisis, les assureurs « rattrapent le dossier » en proposant rapidement, via notre intermédiaire, une transaction amiable.

Que penser de ce chiffre? Le sentiment est ambivalent : d'un côté, on ne peut que se réjouir de la volonté de la Profession de régler rapidement un dossier arrivé à la Médiation de l'Assurance ; de l'autre côté, cela montre que la gestion des sinistres et des réclamations est encore souvent perfectible, et que tous les assureurs n'ont pas suffisamment accru leurs effectifs dans ces services pour tenir le nouveau délai de deux mois demandé par l'ACPR pour traiter une réclamation.

● 4. Les difficultés de pouvoir d'achat, première préoccupation des Français⁽⁸⁾.

● 5. Enfin, chacun peut constater que la société française est malheureusement de plus en plus une société de défiance⁽⁹⁾. Cette défiance touche la plupart des Institutions, comme la confiance

(6) Ne recevant aucune subvention publique, notre budget d'environ 14 millions d'euros en 2025 est intégralement financé par les Professionnels, c'est-à-dire les assureurs et les courtiers, selon le principe « pollueur payeur » : un assureur nous finance en proportion du nombre de dossiers à traiter qu'il représente.

(7) ACPR, *Recommandation 2024-R-02 sur le traitement des réclamations*, légèrement actualisée le 2 juillet 2024.

(8) Baromètre CSA pour Havas Red Health publié le 27 avril 2025.

(9) Je renvoie sur ce point aux enquêtes du Cevipof : *Baromètre de la confiance politique CEVIPOF 2025 : le grand désarroi démocratique*, 11 février 2025.

dans notre système judiciaire qui a nettement chuté en quelques années⁽¹⁰⁾. Les assureurs sont de fait un repère important de la vie économique et sociale, et il n'est pas étonnant que le phénomène les touche également. De plus en plus d'assurés souhaitent que la parole de leur assureur, quand il refuse de délivrer sa garantie ou quand il annonce un montant d'indemnisation que l'assuré estime décevant, soit vérifiée par un tiers de confiance.

FAIRE FACE À CE CHOC : DES EFFECTIFS ACCRUS...

Pour faire face à ce volume accru de saisines, le Conseil d'administration de la Médiation de l'Assurance, présidé par Corinne Dromer et constitué de représentants des assureurs, courtiers et agents généraux (c'est-à-dire nos financeurs), nous a accordé des créations de postes sans précédent en septembre 2024. Au printemps 2025, l'effectif de la Médiation de l'Assurance est de 105 salariés et nous allons monter à 120 personnes. Nous sommes probablement la plus importante concentration de juristes spécialistes du droit des assurances du pays.

Je remercie la Profession de l'assurance de « jouer le jeu » en nous accordant ces effectifs accrus, afin que nous puissions répondre dans des délais raisonnables aux assurés (le délai moyen pour que l'assuré obtienne une réponse sur le fond fut d'un peu plus de 7 mois en 2024, en dégradation par rapport à l'année précédente du fait de la très forte hausse du nombre de dossiers à traiter, mais en nette amélioration par rapport à 2020 où ce délai était de 12 mois). Je rappelle par ailleurs que nos positions sont presque toujours suivies – à plus de 99 % – par les assureurs et courtiers, y compris sur les avis « en équité ».

L'attitude constructive de la Profession de l'assurance permet ainsi à LMA de pleinement jouer son rôle, afin d'apaiser les tensions entre assurés et assureurs et de trouver une issue aux litiges qui nous sont soumis.

...ET DES EXPÉRIMENTATIONS CONCERNANT L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Le Conseil d'administration a également validé à l'automne 2024 l'exploration d'un premier projet, mis en place à compter de juin 2025, impliquant le recours à l'intelligence artificielle (IA) pour identifier et classer les documents qui nous parviennent, ceci afin de faire gagner du temps aux gestionnaires et juristes qui vont avoir à traiter le dossier sur le fond. Un prestataire spécialisé a ainsi été retenu.

L'outil permet d'identifier et de classer les documents envoyés par les réclamants.

Un second projet a débuté, avec pour horizon fin 2025, pour explorer la possibilité que l'IA puisse devenir une aide à la rédaction dans les positions que nous prenons.

(10) Sondage IFOP pour le Conseil national des barreaux, avril 2025 : 48 % des Français font confiance à la Justice aujourd'hui, contre 63 % en 2008.

La Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC), qui nous supervise, est bien sûr tenue informée de ces projets. L'humain devra toujours être celui qui se sent responsable de la décision prise. L'IA peut devenir un outil utile, pour les gestionnaires et les juristes, mais elle doit rester cela, et ce sera toujours à l'équipe de Direction de LMA de décider des positions sur le fond, dans chaque cas qui nous est soumis.

DES PROGRÈS NÉCESSAIRES DANS LES PRATIQUES COMMERCIALES

De même que les paranoïaques peuvent avoir de vrais ennemis, la défiance des Français à l'égard du secteur est parfois justifiée.

A. Faire disparaître, enfin, les clauses d'exclusion illégales encore dans les contrats⁽¹¹⁾

Dès ma prise de fonction en 2020, j'ai demandé aux assureurs de se mettre en conformité sur ce sujet (mon attention ayant elle-même été attirée par plusieurs Professeurs de droit des assurances) et j'y suis revenu à de multiples reprises ces dernières années.

Je parle ici des clauses d'exclusion floues condamnées de longue date par la Cour de cassation, comme 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 suis très heureux que l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), en septembre 2024, ait rappelé au secteur par un communiqué de presse⁽¹²⁾ qu'il convient de respecter l'autorité de la chose jugée. Dans cette communication intitulée « *Clauses contractuelles : enseignements de l'enquête sur la prise en compte des décisions de justice et de la doctrine du Médiateur de l'assurance* », elle indique : « L'ACPR a lancé fin 2023 une enquête visant à appréhender la manière dont la jurisprudence et les positions ou avis de la Médiation de l'Assurance sont pris en compte dans la rédaction des clauses des contrats d'assurance de dommages proposés à des particuliers. 17 assureurs ont été interrogés et 103 contrats passés en revue. De nombreux contrats comportent encore des clauses non conformes à l'état du droit, mais les organismes annoncent des actions à venir. L'ACPR sera attentive au fait qu'elles soient rapidement suivies d'effets ».

La plupart des assureurs m'avaient déjà indiqué leur volonté de se mettre en conformité en révisant leurs contrats et en cessant d'opposer à leurs assurés des clauses condamnées par la plus Haute Cour du pays. Je suis convaincu que la prise de position explicite du superviseur lèvera les dernières réserves.

(11) 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.

(12) ACPR, Communiqué de presse, « *Clauses contractuelles : Enseignements de l'enquête sur la prise en compte des décisions de justice et de la doctrine du Médiateur de l'assurance* », janvier 2025.

B. La clarté du vocabulaire et des définitions

Ce chantier, déjà évoqué dans des rapports précédents, demeure d'actualité. Je pense à trois domaines en particulier :

■ Les contrats « complémentaire santé »

Les remboursements des assureurs santé sont en général complémentaires de ceux de la Sécurité sociale. Cette imbrication crée une terrible complexité dans le vocabulaire : on dira que tel acte technique – et en matière de soins dentaires par exemple, comprendre la nature de l'acte est déjà un défi pour le profane – sera remboursé à hauteur de « 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale » – qui peut comprendre ce que cela veut dire ? Ajoutons aux contrats proposés des « bonus fidélité » et des « plafonds annuels de remboursement » pour telle catégorie d'acte, et le montant du remboursement par l'assureur santé devient tout à fait incompréhensible pour l'assuré.

■ Le mot « invalide »

On peut être reconnu « invalide » par la Sécurité sociale mais ne pas l'être par l'assureur, car le contrat d'assurance ne couvrira que la catégorie la plus extrême de la Sécurité sociale, celle où l'assuré a besoin de l'assistance constante d'une tierce personne pour réaliser les actes de la vie quotidienne⁽¹³⁾.

Bien sûr, l'assureur indique en général dans le contrat qu'il n'est pas tenu par les définitions d'autres organismes, et notamment par celles de la Sécurité sociale – et je comprends que l'expérience difficile du contrat « responsable » en assurance santé complémentaire n'incite pas les assureurs à souhaiter se caler sur la définition des pouvoirs publics, de peur de se voir imposer des contraintes nouvelles. Il n'en demeure pas moins que cette situation est difficile à comprendre pour l'assuré, qui a reçu une carte tricolore d'invalidité de la part de la Sécurité sociale (par exemple de catégorie 2, où il n'est plus possible d'exercer des métiers ayant une dimension physique⁽¹⁴⁾), mais qui n'est pas reconnu invalide par l'assureur – à juste titre en vertu de la stricte application du contrat.

De plus, d'un contrat d'assurance à l'autre, la définition de « l'invalidité » ne sera pas tout à fait la même.

Le sujet a été évoqué dans le cadre du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) présidé par Catherine Julien-Hiebel, et la Profession de l'assurance a pris l'engagement de travailler à clarifier la notion en 2025.

■ Le mot « accident »

Dans le dictionnaire Larousse, voici la définition d'un accident : « *qui est l'effet du hasard; qui n'est pas prévu; fortuit* ».

La définition d'un accident varie d'un contrat à l'autre sur le marché. Voici une définition très habituelle figurant dans un contrat d'assurance emprunteur : « *toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure* ». Quel écart ! Et d'autres contrats ajoutent encore un critère, le fait que l'événement soit « *brutal* », ou qu'il résulte d'un « *choc* ».

⁽¹³⁾ Se laver, se déplacer, s'habiller, manger...

⁽¹⁴⁾ Par exemple, agriculteur, serveur de restaurant, infirmière...

Si bien que des situations vécues comme des « accidents » par les assurés, c'est-à-dire des événements non prévus et non souhaités, ne sont pas reconnues comme tels au sens du contrat, car ils ne sont pas tout à la fois « soudains », « imprévisibles », « non intentionnels » de la part de l'assuré et « résultant directement et exclusivement d'une cause extérieure »⁽¹⁵⁾.

J'appelle assureurs et courtiers à **prendre le temps, au moment de la souscription**, d'explicitier ces notions aux prospects et assurés. De ce point de vue, il est de l'intérêt de tous que l'échange dure un certain temps pour que le devoir de conseil puisse s'exercer.

Je propose deux pistes de progrès : d'une part, au sein du devoir de conseil, il y a un **devoir de mise en garde**. Le Professionnel doit attirer l'attention du candidat à l'assurance sur les limitations des garanties. Quand on souscrit un contrat « accident de la vie », il faut passer du temps sur la notion d'accident.

D'autre part, je forme le vœu que les assureurs s'entendent pour considérer que certaines situations (tomber de l'échelle ou du toit, la noyade...) sont bien des accidents.

C. Les assurances affinitaires restent « un caillou dans la chaussure »

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 (ce qui, en creux, signifie aussi que certains produits, comme les garanties « pannes mécaniques », suscitent très peu de saisines)⁽¹⁶⁾.

L'année 2023 avait été marquée par un pic de saisines, lié au scandale SFAM/Indexia⁽¹⁷⁾ en matière d'assurance de téléphone portable. L'année 2024 semble marquer un reflux : ces assurances ont représenté 16 % du total des saisines en assurance dommages, contre 21 % l'année précédente.

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. Je suis très heureux de constater que l'ACPR consacre désormais une forte attention à ces sujets, comme l'a montré sa conférence sur la protection de la clientèle le 14 mars 2025⁽¹⁸⁾.

Je cite le vice-président de l'ACPR, Jean-Paul Faugère, qui a déclaré à cette occasion : « *Il arrive que le produit constitue principalement une*

⁽¹⁵⁾ Par exemple : tomber d'une échelle peut ne pas être considéré comme un accident si aucune cause extérieure à la personne n'a causé la chute; de même, que veut dire décéder de façon « soudaine » dans le cadre de la garantie décès accidentel – faut-il décéder en quelques minutes pour que la garantie soit délivrée ?

⁽¹⁶⁾ Je renvoie au rapport annuel 2023 pour une analyse détaillée des causes de mécontentement concernant ces assurances et le type de progrès possible, à commencer par une meilleure information et un rappel régulier des caractéristiques des contrats souscrits pour les assurances de téléphone portable et assurances liées à la carte bancaire.

⁽¹⁷⁾ Avec un procès au pénal pour pratiques commerciales trompeuses. Cet acteur sulfureux a été mis en liquidation judiciaire par le tribunal de commerce de Paris le 24 avril 2024 et son PDG a été condamné dans un premier procès en décembre 2024 à 16 mois de prison ferme et 300 000 euros d'amende. Il a fait appel.

⁽¹⁸⁾ ACPR, *Matinée de la protection des clientèles des banques et des assurances du 14 mars 2025*.

source de revenus pour la chaîne de distribution et ne présente qu'un intérêt marginal pour le client. Naturellement, c'est une question d'appréciation que d'aucun pourrait estimer subjective. Mais il y a des ratios de S/P tellement faibles parfois que la discussion n'est plus recevable. Ainsi de certaines assurances affinitaires ou de produits para bancaires, avec des S/P de quelques pourcents. De même lorsque le taux de commissionnement dépasse 75 % ou que le taux de refus d'indemnisation en cas de sinistres dépasse 50 %. En ces cas, la couverture n'a-t-elle pas été surestimée par le client ou bien le client a-t-il eu vraiment conscience de l'existence de la garantie ? ».

D. Recommander des améliorations des pratiques commerciales

Le Code de la consommation demande aux médiateurs de la consommation de faire part de leurs « recommandations » afin d'améliorer les pratiques commerciales. Notre excellente articulation avec le CCSF, dont la Présidente Catherine Julien-Hiebel est membre de droit, de par nos Statuts, du Conseil d'administration de LMA, permet :

- de rendre compte des principaux litiges que nous voyons à LMA. Tous les ans, je suis auditionné à ce titre par le CCSF ;
- d'évoquer spécifiquement certains sujets si le CCSF en décide ainsi. Par exemple, en 2024, la question des progrès possibles en matière de contrats obsèques a été débattue et des améliorations en termes de transparence ont été actées – même si j'aurais aimé que l'on aille plus loin avec un plafonnement des cotisations à deux fois le montant du capital qui sera versé aux bénéficiaires.

Au printemps 2025, la question des « trous de garantie » en assurance emprunteur a également été soumise à débat afin qu'un changement d'assureur emprunteur avec « équivalence des garanties » ne puisse plus conduire à une absence de couverture en cas d'arrêt de travail au moment de cette transition, du fait de l'existence d'une franchise érigée en condition de la garantie dans les conditions générales du contrat chez le premier assureur, et des « délais de carence » ou « délais d'attente » et exclusions générales chez le second assureur.

Ces dernières années, plusieurs sujets cruciaux ont progressé grâce aux consensus trouvés en CCSF et à l'impulsion donnée par LMA, comme :

- la simplification des modalités de résiliation des contrats d'assurance, en allant vers la généralisation de la possibilité de résilier « à tout moment » un contrat après plus d'un an de détention de celui-ci ;
- la moralisation des pratiques de commercialisation en matière d'assurance de téléphone portable, avec deux avis sur la question, en 2022 et 2023.

Les débats en CCSF ont aussi permis de donner davantage d'écho à nos recommandations d'amélioration des pratiques sur les clauses d'exclusion floues ou la clarté des contrats.

En septembre 2021, le Professeur Luc Mayaux, Directeur de l'Institut des assurances de Lyon, écrivait dans la Revue générale de droit des assurances : « La lecture du rapport du médiateur de l'assurance, et des "études de cas" qu'il comporte, va devenir aussi nécessaire (horresco referens) que celle du rapport annuel de la Cour de cassation. À quand un commentaire comparé des deux rapports qui paraîtrait tous les ans dans cette Revue ? On n'en est pas là, mais on voit que la médiation n'est pas seulement un phénomène sociologique, qui en dit beaucoup sur le monde contemporain. Elle est aussi une réalité juridique. Au moins en assurance, le médiateur est devenu un acteur du droit à part entière ».

Bien entendu, nous ne songeons aucunement à être en compétition avec la Cour de cassation. Bien au contraire, nous considérons que notre rôle est de relayer sur le terrain l'état du droit et de la jurisprudence. Sur le sujet des clauses d'exclusion par exemple, j'ai beaucoup œuvré pour que les assureurs intègrent les décisions de la plus haute Cour du pays et retirent de leurs contrats des expressions condamnées par elle, car trop vagues.

Je suis heureux que depuis plusieurs années désormais, LMA ait une réunion annuelle et un dialogue avec la deuxième Chambre civile de la Cour – celle qui traite les sujets d'assurance – dans le respect de l'indépendance de chacun. De même, les échanges informels sont réguliers avec l'ACPR sur les améliorations possibles des pratiques commerciales.

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

La Médiation, facteur d'apaisement et de confiance

En 2024, quand la Médiation de l'Assurance a instruit un dossier, l'assuré a obtenu satisfaction en tout ou partie dans 55 % des cas, chiffre le plus élevé de la jeune histoire de la Médiation de l'Assurance. Soit parce que l'assureur a spontanément proposé une transaction amiable quelques semaines après la saisine, ayant réétudié le dossier, soit parce que la Médiation de l'Assurance, étant allée au bout du processus en rédigeant une proposition de solution, est allée dans le sens de l'assuré.

Cette statistique montre l'utilité de la Médiation pour apaiser les tensions. Elle doit aussi faire réfléchir assureurs et courtiers sur la qualité de leur gestion de sinistre et du processus de réclamation. Ceux qui ont persisté à contester la position de leur assureur, parfois assisté par une association de consommateurs ou leur assureur de protection juridique, ou un avocat, ont eu raison de le faire dans plus d'un cas sur deux. C'est beaucoup.

Cela soulève la question de l'inégalité de traitement entre les assurés qui savent se défendre, ou ont l'énergie de le faire, et les autres.

Les assureurs doivent être perçus comme des repères solides dans un monde instable. Ils vendent de la confiance, la promesse qu'ils seront là, aux côtés de l'assuré, si dans quelques mois un coup dur se produit, qu'il s'agisse d'un accident de voiture, d'un dégât des eaux ou d'un problème de santé. Si l'idée se répand dans le public que leur parole doit être contestée au moment de l'indemnisation, c'est ce socle de confiance qui serait atteint.

Pour maintenir la relation de confiance, les services « gestion de sinistre » et « réclamation » doivent sans doute être renforcés. D'autant plus que désormais le délai pour traiter une réclamation a été réduit à deux mois, à la suite de la recommandation de l'ACPR sur le sujet.

Vers toujours plus de médiation ?

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⁽¹⁹⁾, 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.

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. La directive révisée élargira quelque peu les possibilités de saisine de la médiation mais ne devrait pas conduire à une évolution significative par rapport à ce qu'est l'état actuel du droit français.

En France, 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,

⁽¹⁹⁾ 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.

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 2024 dans 5 % 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⁽²⁰⁾, et alors que les questions d'assurance sont essentielles à la cohésion sociale, la Médiation de l'Assurance a un rôle important à jouer. Pour dire, cas par cas, ce qui apparaît juste, en droit ou en équité. Pour expliquer, apaiser, jouer le rôle d'un tiers de confiance. Pour dénoncer aussi, parfois, des comportements ou des contrats choquants. Ce rôle est de mieux en mieux reconnu et je m'en réjouis.

S'il en fallait encore une preuve, citons la mission qui m'a été confiée par le Gouvernement en avril 2025, à titre personnel – mais en parlant du « médiateur des assurances » dans le communiqué de presse – pour aider les collectivités locales à trouver une solution d'assurance.

Sur ce sujet, depuis l'automne 2023, à la suite d'un accord entre la Profession de l'assurance et le ministère de l'Économie et des Finances, les collectivités locales peuvent nous saisir de leur litige avec leur assureur dans le cadre d'un sinistre. Nous avons eu moins d'une centaine de dossiers à ce titre en 2024.

À l'inverse, les PME, qui depuis fin 2020 peuvent nous saisir de leurs litiges avec leur assureur, représentent environ 5 % du total de nos saisines.

⁽²⁰⁾ Voir les enquêtes du Cevipof, « Le baromètre de la confiance en politique ».

LE MOT DU MÉDIATEUR

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier tous ceux qui ont permis à la Médiation de l'Assurance de faire de grands progrès au cours des cinq dernières années, puisque nous répondons au premier semestre 2025 en un peu plus de 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 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 cinq ans, le défi en cours étant le « choc de saisines » auquel nous faisons face. 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 2024, nous avons exprimé 6 500 positions, soit une hausse de 108 % depuis que j'ai pris mes fonctions en 2020, alors que le nombre de juristes a progressé de 82 %.
- En 2024, nous avons franchi une étape décisive dans notre évolution, marquée par une réorganisation de nos services accompagnée par l'évolution de notre outil de gestion. Ces initiatives nous ont permis d'atteindre des résultats significatifs, illustrés par le fait que nous avons dépassé pour la première fois les 10 000 résolutions de litiges (en incluant les propositions amiables faites par les assureurs quand ils apprennent que LMA a été saisie), un chiffre impressionnant comparé aux 3 500 dossiers résolus en 2019. Cela représente un triplement des résolutions, tandis que notre effectif global n'a progressé que de 70 %.
- Bravo à mon équipe rapprochée sans laquelle rien ne serait possible : Marie-Cécile Letzelter, Secrétaire générale, qui est mon complément; Sébastien Masseret-Bergeron, chargé 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, qui dirige le pôle épargne retraite et assurance vie; Karine Mespoulet-Beauves, responsable du pôle chargé des études juridiques; Michel Boudeville, qui dirige le pôle de réception des saisines; enfin, ma formidable assistante Latifa Bakkassi qui jongle avec les contraintes.

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

Arnaud Chneiweiss





LES SYSTÈMES DE MÉDIATION, COMPLÉMENT INDISPENSABLE DE NOTRE SYSTÈME JUDICIAIRE

Les systèmes de médiation – on peut aussi parler de règlement amiable des litiges – prennent une importance croissante en France et en Europe. Parce qu'ils sont plus souples, plus rapides, plus pragmatiques que nos tribunaux classiques, poussant d'ailleurs ces derniers à s'interroger et à évoluer, par l'introduction, par exemple en France, de l'Audience de règlement amiable⁽¹⁾ où un juge va tenter de trouver un compromis entre les parties, validé par lui.

LA MONTÉE EN PUISSANCE DES SYSTÈMES DE MÉDIATION

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⁽²⁾, transposée en droit français en 2015.

Que faut-il retenir de ces textes ? Trois idées :

- Toute entreprise ayant affaire au grand public doit se doter d'un système de médiation. Ce dernier peut être créé au sein de l'entreprise (il y a par exemple un médiateur d'EDF, d'Engie, de la SCNF, du groupe La Poste...), ou il peut s'agir d'une médiation sectorielle (médiation du tourisme, du commerce et de la distribution, du notariat, des avocats, de l'assurance...).
- L'accès à ces médiations est gratuit pour le consommateur – c'est ce que prévoit la loi française.
- La nomination des médiateurs – et éventuellement leur révocation – est effectuée par une Commission administrative indépendante, la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC).

⁽¹⁾ Sur l'audience de règlement amiable :

<https://www.justice.fr/accord-amiable/audience-reglement-amiable>

⁽²⁾ 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, « dix ans après ».

Celle-ci est présidée par un Conseiller d'État (Marc El Nouchi aujourd'hui), le Vice-Président est un magistrat de la Cour de cassation, et y siègent des représentants des consommateurs, du Medef et de la CPME, et un Professeur spécialiste du droit de la consommation.

Quatre-vingt-deux **médiateurs de la consommation** sont aujourd'hui agréés par la CECMC pour couvrir autant que possible tous les secteurs d'activité économique. Le but est de régler les litiges de consommation de la vie courante. Ces médiateurs rendent compte à la CECMC de leur activité, notamment par un rapport annuel, et le Code de la consommation leur demande de faire des propositions pour améliorer les pratiques commerciales au vu de leurs constats. Les médiateurs doivent être indépendants, neutres, impartiaux.

La CECMC a récemment exprimé sa volonté, en décembre 2024, au-delà de ses missions de contrôle et d'évaluation des médiateurs, de les aider dans l'exercice de leurs missions afin de faire mieux connaître aux consommateurs l'existence de ce recours gratuit.

D'autant plus que ces médiations de la consommation sont désormais explicitement imbriquées dans le système des voies de recours. La loi du 23 mars 2019 de réforme pour la Justice a imposé le recours préalable à une médiation ou à un conciliateur de justice en cas de litige dont l'enjeu est inférieur à 5 000 euros. Autrement dit, le juge peut refuser de se saisir d'une affaire dont l'enjeu est inférieur à cette somme s'il ne constate pas qu'une tentative de médiation a déjà eu lieu.

En 2019, le Professeur de droit Xavier Lagarde commentait ainsi cette évolution cruciale : « Il semble que l'ambition de régler les litiges prenne aujourd'hui le pas sur l'application de la règle »⁽³⁾.

Lors d'une intervention consacrée aux politiques de l'amiable à la cour d'appel de Paris en décembre dernier, la Directrice des affaires civiles et du sceau du ministère de la Justice a évoqué la possibilité que ce seuil soit remonté à 10 000 euros. Le but est bien sûr de désengorger les tribunaux.

Au-delà des médiateurs de la consommation, il existe une autre famille de médiateurs reconnus, les « **médiateurs institutionnels** ». Ils exercent dans les ministères (Finances, Éducation nationale...), dans le cadre de dispositifs publics (médiateur du crédit, médiateur des entreprises) ou dans les institutions publiques (Caisse des dépôts et consignations, France Travail...). Ces médiateurs sont nommés par le ministre ou par le directeur général de l'institution dans laquelle ils exercent.

⁽³⁾ Xavier Lagarde, « De la réalisation méthodique du droit au règlement des litiges », La Semaine juridique, Édition générale, 2019.

En janvier 2023, le ministre de la Justice de l'époque, Eric Dupont-Moretti, a annoncé que l'un des principaux axes du « Plan d'action pour la Justice » serait le développement d'une « politique de l'amiable⁽⁴⁾ ». Il s'expliquait ainsi : « Aujourd'hui, 60 % des décisions rendues par les tribunaux sont des décisions civiles. Pour favoriser une justice plus rapide et plus proche du citoyen, le plan d'action prévoit donc de développer une véritable politique de l'amiable pour une justice participative. Mon objectif est clair : réduire par deux les délais de nos procédures civiles d'ici 2027. Nous allons, tous en ensemble, mettre au vert tous les feux de l'amiable. Si, depuis 1995, la volonté existe de développer une politique de l'amiable, les nouveaux modes amiables de règlement des différends impliqueront une révolution culturelle pour le monde judiciaire. »

1. Quelques chiffres concernant les systèmes de médiation

Le Club des médiateurs de service au public rassemble une trentaine de médiateurs, médiateurs de la consommation ou médiateurs institutionnels. Au cours de l'exercice 2023 (derniers chiffres disponibles), les médiateurs membres du Club ont reçu 270 000 demandes de médiation, se répartissant en 96 000 pour les médiateurs institutionnels et 174 000 pour les médiateurs de la consommation. Ces volumes sont en augmentation de 19 % par rapport à 2022.

Les membres du Club ont instruit 147 300 dossiers (car tous les dossiers ne sont pas recevables, notamment si le consommateur n'a pas tenté via une réclamation de régler son litige avec le Professionnel avant de saisir le Médiateur), dont 60 500 pour les médiateurs institutionnels et 86 800 pour les médiateurs de la consommation.

Ils ont réalisé près de 105 400 médiations, soit plus de deux tiers des dossiers instruits (car le simple fait de saisir la médiation peut conduire à un geste amiable du professionnel, si bien qu'il n'y a plus de besoin d'instruire un dossier), dont 40 400 par les médiateurs institutionnels et 65 000 par les médiateurs de la consommation.

En moyenne, près des deux tiers des dossiers instruits trouvent une issue favorable en apportant une satisfaction totale ou partielle à la demande formulée par le requérant.

Tout indique que la hausse des saisines s'est poursuivie en 2024.

Pour prendre l'exemple que je connais le mieux, la **Médiation de l'Assurance (LMA) a été saisie de 37 000 dossiers au cours des douze derniers mois**, contre 15 000 saisines en 2020 quand j'ai pris cette responsabilité, soit une multiplication par 2,5 des saisines en cinq ans. La moitié des dossiers sont recevables (un dossier n'est pas recevable si l'assuré n'a pas tenté de régler son litige avec l'assureur en faisant part de son mécontentement par écrit ; d'autres saisines sont « hors sujet », ne concernent pas l'assureur, mais la banque par exemple, ou sont des demandes de renseignements).

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

En 2024, dans 55 % des cas, l'assuré a reçu une réponse favorable, en tout ou partie, à sa demande.

Dans 36 % des cas, cette réponse a été très rapide : à la suite de la saisine de la Médiation de l'Assurance, l'assureur ou le courtier est revenu vers nous quelques semaines plus tard, indiquant avoir examiné de nouveau le dossier et ayant décidé d'indemniser l'assuré. Je me réjouis bien sûr de cette attitude coopérative de la Profession et que la simple saisine de la Médiation permette d'obtenir un tel résultat. Les associations de consommateurs cependant font remarquer que, puisque la décision de l'assureur a été rapide à la suite de la saisine de la Médiation, il aurait pu la formuler quelques mois plus tôt.

À la suite de l'instruction du dossier, la Médiation de l'Assurance est allée dans un certain nombre de cas dans le sens de l'assuré, en droit ou en équité, permettant d'atteindre ce pourcentage élevé de 55 % de solutions allant dans le sens de l'assuré.

Je ne suis pas un juge, mes décisions ne s'imposent pas aux assureurs et courtiers. Cependant, nous sommes presque toujours suivis par la Profession de l'assurance, que je remercie vivement de cela, car cela fonde notre crédibilité et notre utilité.

2. Qu'apporte la médiation que n'apporterait pas un juge ?

Les pratiques de médiation sont diverses. Certains médiateurs cherchent à rapprocher les parties, à trouver un compromis en demandant aux deux parties de faire un pas vers l'autre (par exemple le médiateur du crédit, afin que l'entreprise en difficulté trouve un accord avec ses créanciers sur un rééchelonnement de sa dette ; ou le médiateur des entreprises, saisi de litiges entre un client et un fournisseur). Cela peut signifier recevoir physiquement les deux parties.

D'autres médiations – c'est le cas de la Médiation de l'Assurance – ne sont pas dans cette optique. Dans mon cas, il existe un contrat d'assurance, il s'agit de vérifier si l'assureur a correctement délivré la prestation prévue au contrat ou non. Nous ne cherchons pas à trouver un compromis entre les deux parties. Nous disons qui a raison dans le litige, à la lecture du contrat, sachant qu'en cas d'ambiguïté d'une clause, le droit (Code civil, Code de la consommation) nous conduit à dire que « le doute doit profiter à l'assuré ».

C'est donc avant tout en droit que nous nous prononçons, si bien que certains utilisent l'expression de « médiation par l'expertise ». Cependant, dans un petit nombre de cas (5 % des dossiers), **je prends position en équité**, comme la loi me le permet. Et c'est une différence majeure avec ce que le juge peut faire, tenu par la règle de droit.

Que veut dire se prononcer « en équité » ? Une définition classique est de dire qu'il s'agit de « rétablir le juste ».

Voici quelques cas de figure pour illustrer le propos :

■ **Si l'assuré a, par son comportement vertueux, réduit l'ampleur du sinistre, je considère qu'il doit en être récompensé.**

Par exemple, un contrat prévoyait la prise en charge des frais de recherche de fuite dès lors qu'il y avait un dégât des eaux constaté chez l'assuré ou ses voisins de copropriété. Dans le cas soumis à LMA, l'assuré avait appelé si vite un plombier qu'aucun dégât n'était constaté chez lui ou chez le voisin, si bien que l'assureur refusait toute prise en charge de la facture. Ainsi, l'assuré aurait été mieux indemnisé s'il avait laissé des dommages se produire. Devant cette situation absurde, j'ai demandé à l'assureur de prendre en charge 50 % de la facture de recherche de fuite.

■ **L'assureur doit savoir ce qu'il assure**

Dans un dossier soumis à LMA, concernant le bris de la vitre arrière d'une voiture décapotable, de marque Audi, l'expert envoyé par l'assureur pour constater et évaluer les dommages a déclaré que pour ce modèle de voiture, il était impossible de changer seulement la vitre arrière : c'est l'ensemble du toit qu'il convenait de changer.

L'assureur refusait, considérant que la garantie « bris de glace » ne devait pas le conduire à une prise en charge bien plus importante, en remplaçant le toit. J'ai dit qu'en équité, la seule façon de respecter l'engagement pris par l'assureur était de procéder au changement du toit de la voiture, comme indiqué par l'expert.

■ **Lorsque la stricte application du contrat est absurde**

Dans le cas d'un contrat d'assurance dépendance, l'assureur reconnaissait que l'épouse était bien dans un état de dépendance et demandait pour accorder sa prise en charge les factures des personnes assistant l'assurée dans les actes de la vie quotidienne.

Le mari répondait qu'il ne pouvait produire de factures, puisque c'est lui qui au quotidien aidait son épouse.

Tous les témoignages, y compris médicaux, confirmant cette situation, j'ai demandé à l'assureur de délivrer sa garantie même en l'absence de production de factures qui était mentionnée au contrat comme nécessaire à l'indemnisation.

Nous avons de nombreux cas où l'application à la lettre du contrat va à l'encontre de son esprit et où une prise de recul par rapport à la situation de l'assuré est nécessaire.

■ **S'il existe une situation dramatique**

Dans un cas vu à la Médiation de l'Assurance, le mari a tué son épouse, mis le feu à la maison, et s'est suicidé. Il y avait trois enfants, à l'école au moment des faits. Nous sommes saisis par les grands-parents. L'assureur refusait toute indemnisation puisque c'était l'assuré, sans aucun doute au vu du rapport de

gendarmerie, qui avait délibérément mis le feu à la maison. Il s'agissait donc d'une faute intentionnelle, dolosive (l'assuré avait conscience de ce qu'il faisait et des conséquences de son action) et d'un point de vue juridique, la position de l'assureur était exacte. Cependant, il restait 30 000 euros de crédit à rembourser sur la maison. J'ai donc demandé, en équité, au vu des circonstances dramatiques, que l'assureur indemnise à hauteur de 30 000 euros le sinistre, pour que les enfants, qui ont déjà perdu leurs deux parents, ne débutent pas en plus endettés dans la vie. L'assureur a accepté de nous suivre.

On voit ainsi que l'équité permet de **personnaliser les sanctions dans le cadre de dossiers individuels.**

Parfois, nous utilisons l'équité pour faire avancer des sujets de façon structurelle. Je pense à deux sujets :

- À propos des assurances de téléphone portable, quand la règle était encore le respect d'un délai de rétractation de quatorze jours, confrontés à des témoignages convergents de mauvaises pratiques commerciales, nous donnions raison en équité aux assurés qui nous semblaient de bonne foi, affirmaient n'avoir jamais souhaité d'assurance et qui se manifestaient quelques semaines après leur passage en agence de téléphonie. À la suite de nos constats, faits avec d'autres, le législateur s'est emparé du dossier et a changé la règle, étendant à trente jours ce délai, qui ne peut commencer qu'après une éventuelle période de gratuité ;
- À propos des petites rentes. En épargne retraite, souvent les assurés souhaitent sortir en capital, surtout si la rente qui sera versée sera d'un petit montant. À force que nous alertions sur le sujet et que nous donnions, en équité, des positions favorables aux assurés, le Gouvernement a décidé de faire passer le seuil des « petites rentes » permettant la sortie en capital de 40 euros par mois à 110 euros par mois, faisant quasiment disparaître le problème.

Quels sont les autres atouts de la médiation ?

C'est un dispositif souple, pragmatique, qui prend position plus vite qu'une action en justice⁽⁵⁾, qui est gratuite 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.

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

Dans une société française plus défiante que jamais⁽⁶⁾, et alors que les questions d'assurance sont essentielles à la cohésion sociale, **la Médiation de l'Assurance a un rôle important à jouer. Pour dire, cas par cas, ce qui apparaît juste, en droit ou en équité. Pour expliquer, apaiser, jouer le rôle d'un tiers de confiance. Pour dénoncer aussi, parfois, des comportements ou des contrats choquants.**

⁽⁵⁾ En 2024, celui qui nous saisit a obtenu une réponse 7,3 mois plus tard en moyenne. C'est encore trop long, mais bien plus rapide qu'une action en Justice.

⁽⁶⁾ Voir les enquêtes du Cevipof, « Le baromètre de la confiance en politique ».

Ce rôle est de mieux en mieux reconnu. Je cite le Professeur Luc Mayaux, Directeur de l'Institut des assurances de Lyon, qui a écrit dans la Revue générale de droit des assurances en septembre 2021 : « L'expression de "mode alternatif de règlement des conflits" n'a jamais été autant d'actualité, la médiation devenant un concurrent pour la justice. Cette évolution appelle plusieurs niveaux d'analyse. Sur un plan politique et financier tout d'abord, elle traduit volens nolens un désengagement des pouvoirs publics relativement à une prérogative pourtant régaliennne.

La médiation, dispositif interne à la profession, serait plus efficace que la justice (car émanant d'experts) et surtout elle ne coûte rien à l'État. On retrouve le même mouvement avec l'autorégulation du courtage. Sur un plan juridique ensuite, la standardisation des "propositions de solution" (qui est obligée vu le nombre) renforce la normativité du "droit mou" (ou du soft power comme dit le médiateur de l'assurance dans son rapport) qui se durcit singulièrement. Il faut rappeler que le droit se nourrit de la répétition. Et le tempérament apporté par l'équité n'en est pas réellement un dès lors qu'on passe d'une équité subjective (celle de l'arbitre ou du médiateur "classique") à une équité supérieure, à un principe d'équité qui tend à devenir un principe général du droit.

À cet égard, la lecture du rapport du médiateur de l'assurance, et des "études de cas" qu'il comporte, va devenir aussi nécessaire (horresco referens) que celle du rapport annuel de la Cour de cassation.

À quand un commentaire comparé des deux rapports qui paraîtrait tous les ans dans cette Revue ? On n'en est pas là, mais on voit que la médiation n'est pas seulement un phénomène sociologique, qui en dit beaucoup sur le monde contemporain. Elle est aussi une réalité juridique. Au moins en assurance, le médiateur est devenu un acteur du droit à part entière. »

Précisions que les différentes médiations, y compris celle que je dirige, ne sont en aucune manière en compétition avec la Cour de cassation. Bien au contraire, nous considérons que notre rôle est de relayer sur le terrain l'état du droit et de la jurisprudence. Sur le sujet des clauses d'exclusion par exemple, qui doivent être précises selon la loi (« formelles et limitées ») j'ai beaucoup œuvré pour que les assureurs intègrent les décisions de la plus haute Cour du pays et retirent de leurs contrats des expressions condamnées par elle, car trop vagues (« défaut d'entretien de l'habitation », laquelle doit être construite « selon les règles de l'art » par exemple).

CONCLUSION

Alors que leurs pouvoirs formels sont limités, les médiations de la consommation ou institutionnelles doivent convaincre, par leur indépendance et leur compétence.

Elles sont devenues des compléments indispensables à notre système judiciaire, en quelque sorte le premier recours, facilement accessible et plus réactif que la justice classique.

Il est probable que les missions des médiations continueront de s'étendre au cours des prochaines années. Tout y concourt, tant la volonté européenne (actualisation de la directive existante élargissant les domaines de la médiation de la consommation) que nationale (afin de désengorger les tribunaux).

Il est donc important que les différents mondes (magistrats, avocats, médiateurs agréés) apprennent à mieux se connaître et se faire confiance, car ils contribuent tous à la résolution des conflits dans une société française devenue si défiante. ■

Arnaud Chneiweiss

Médiateur de l'Assurance et

Président du Club des médiateurs de services au public

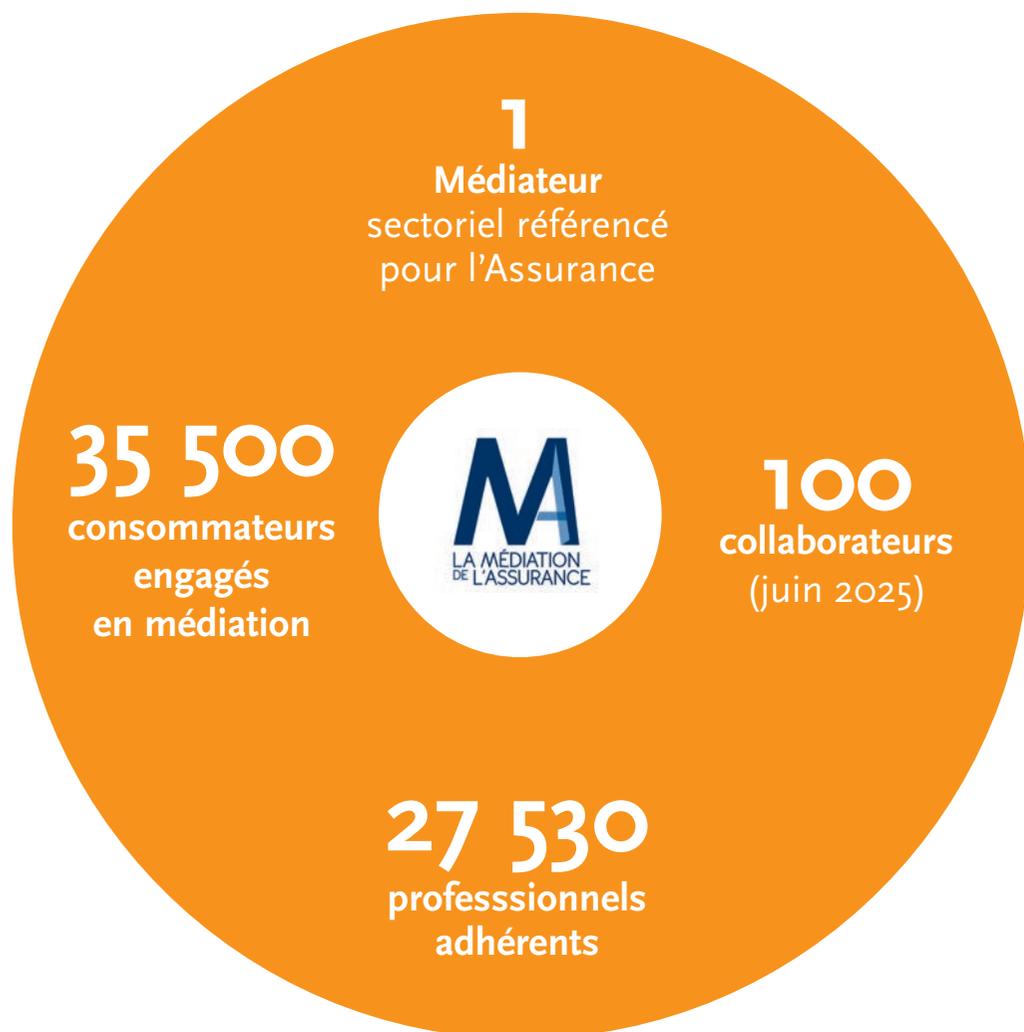


2

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



LES CHIFFRES CLÉS 2024





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

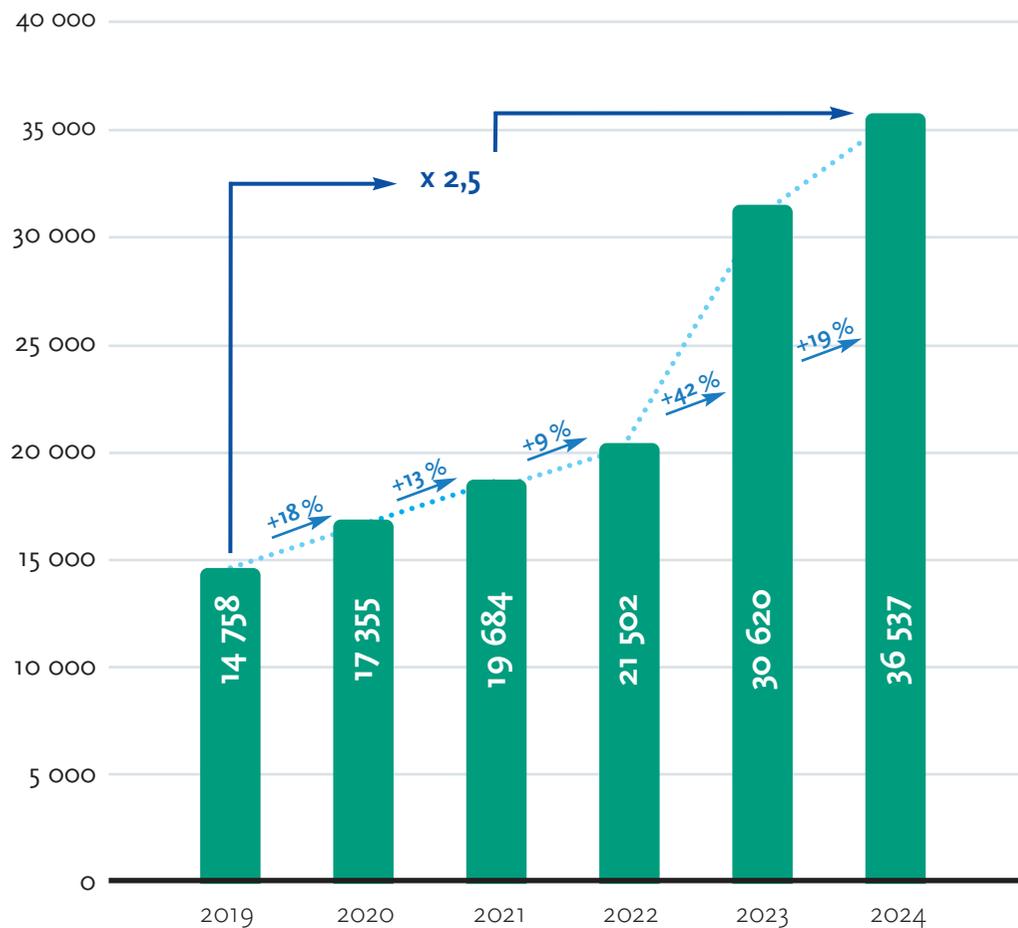
2A

LES SAISINES



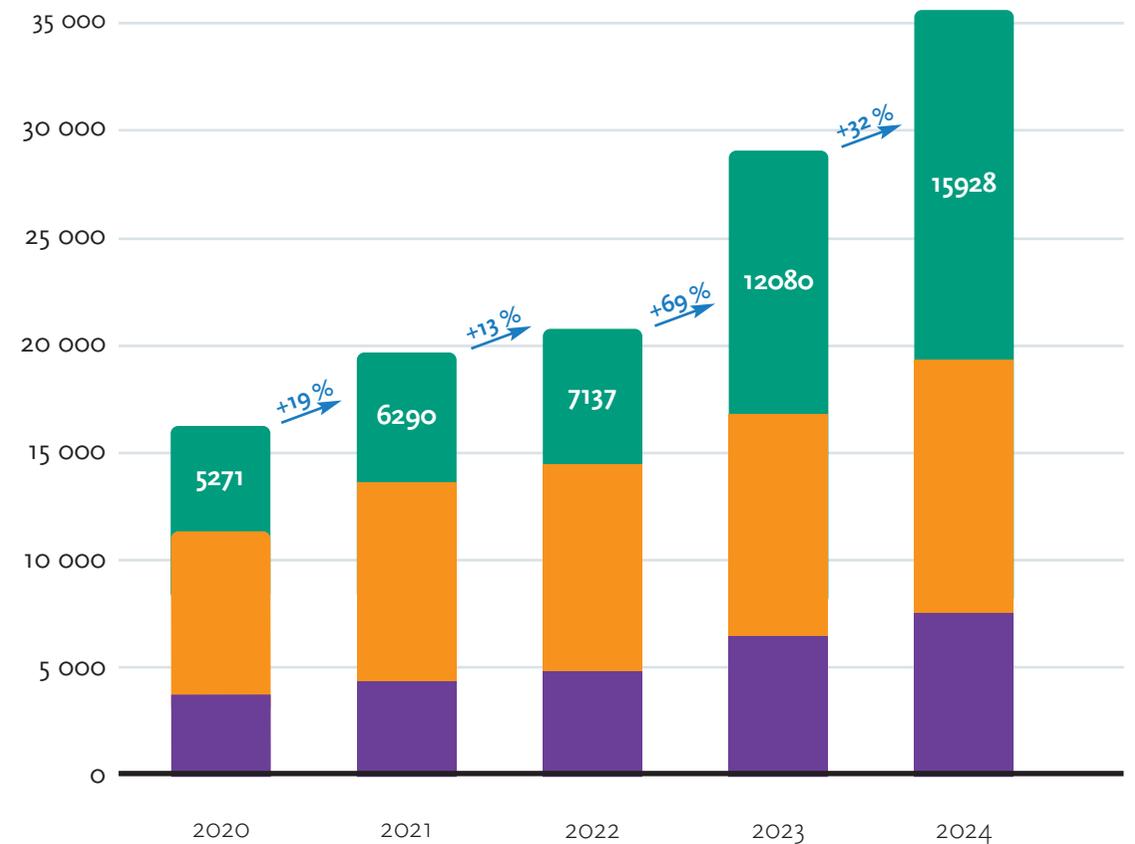
LES SAISINES REÇUES

La Médiation de l'Assurance a reçu **36 537 saisines** en 2024. Après l'augmentation historique de l'année dernière, cette année marque une nouvelle hausse significative, avec **19 % de dossiers reçus en plus** par rapport à 2023. ■



LA RECEVABILITÉ

En 2024, l'augmentation du nombre de saisines et un **taux de recevabilité de 45 %** impliquent une **hausse de 32 %** des dossiers entrés en médiation. ■



- Saisines hors champ de compétence
- Saisines prématurées
- Saisines recevables

LES CANAUX DE RÉCEPTION DES SAISINES

En 2024, **près des deux tiers des assurés (64 %)** ont saisi la Médiation de l'Assurance par voie électronique.

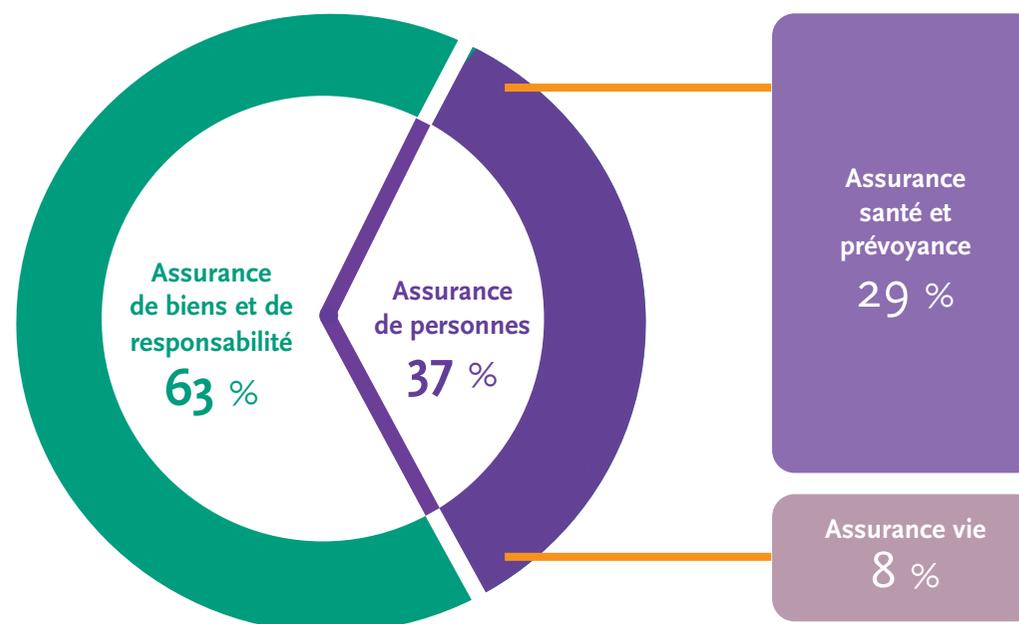
Pour saisir la Médiation de l'Assurance : mediation-assurance.org ■



● Site internet ● Courriel ● Courrier postal

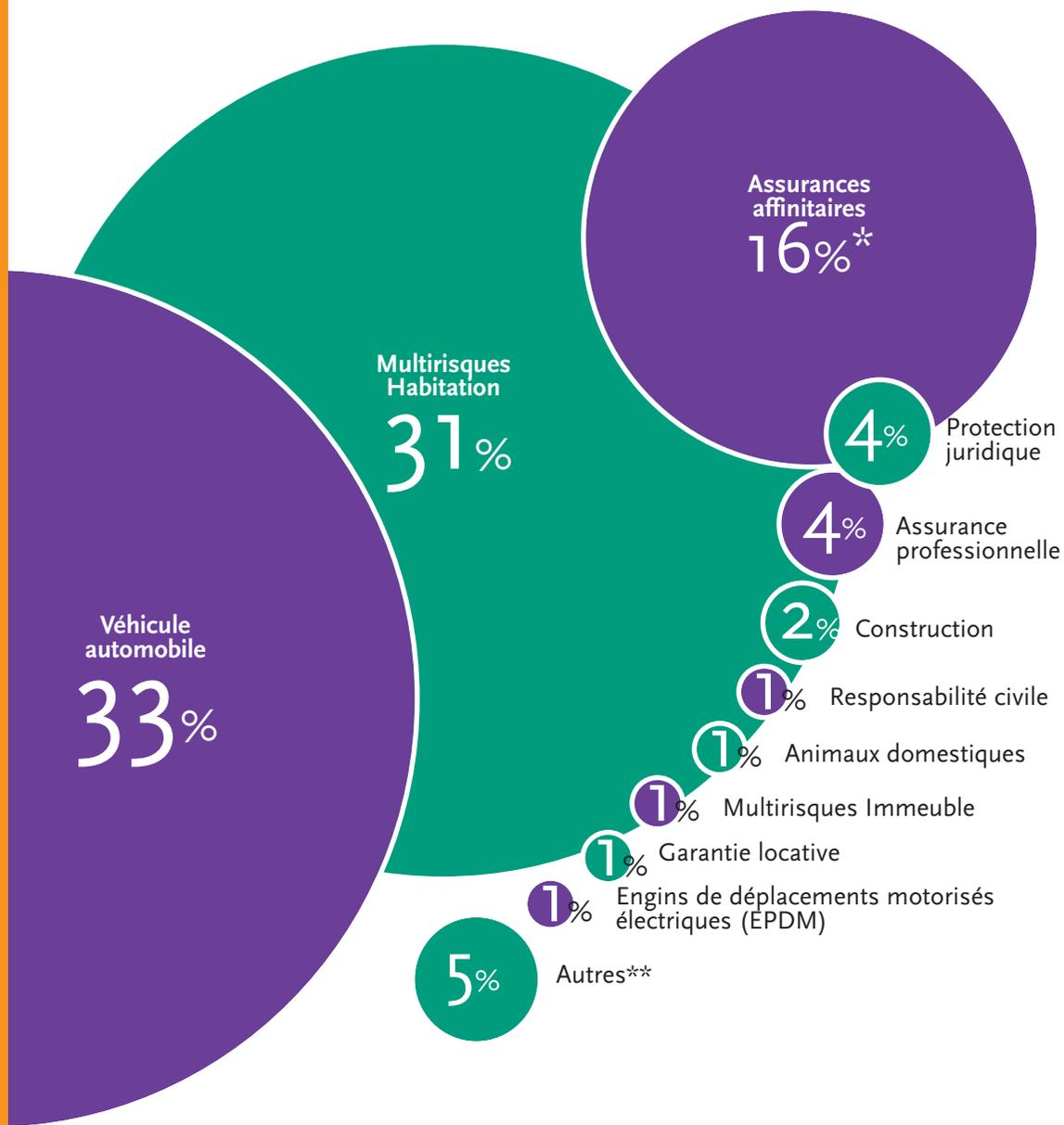
LA RÉPARTITION DES SAISINES

L'assurance de biens et de responsabilité représente presque **deux tiers des saisines**. Les saisines recevables sont analysées et instruites par les gestionnaires et les juristes spécialisés selon le contrat d'assurance concerné. ■



LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

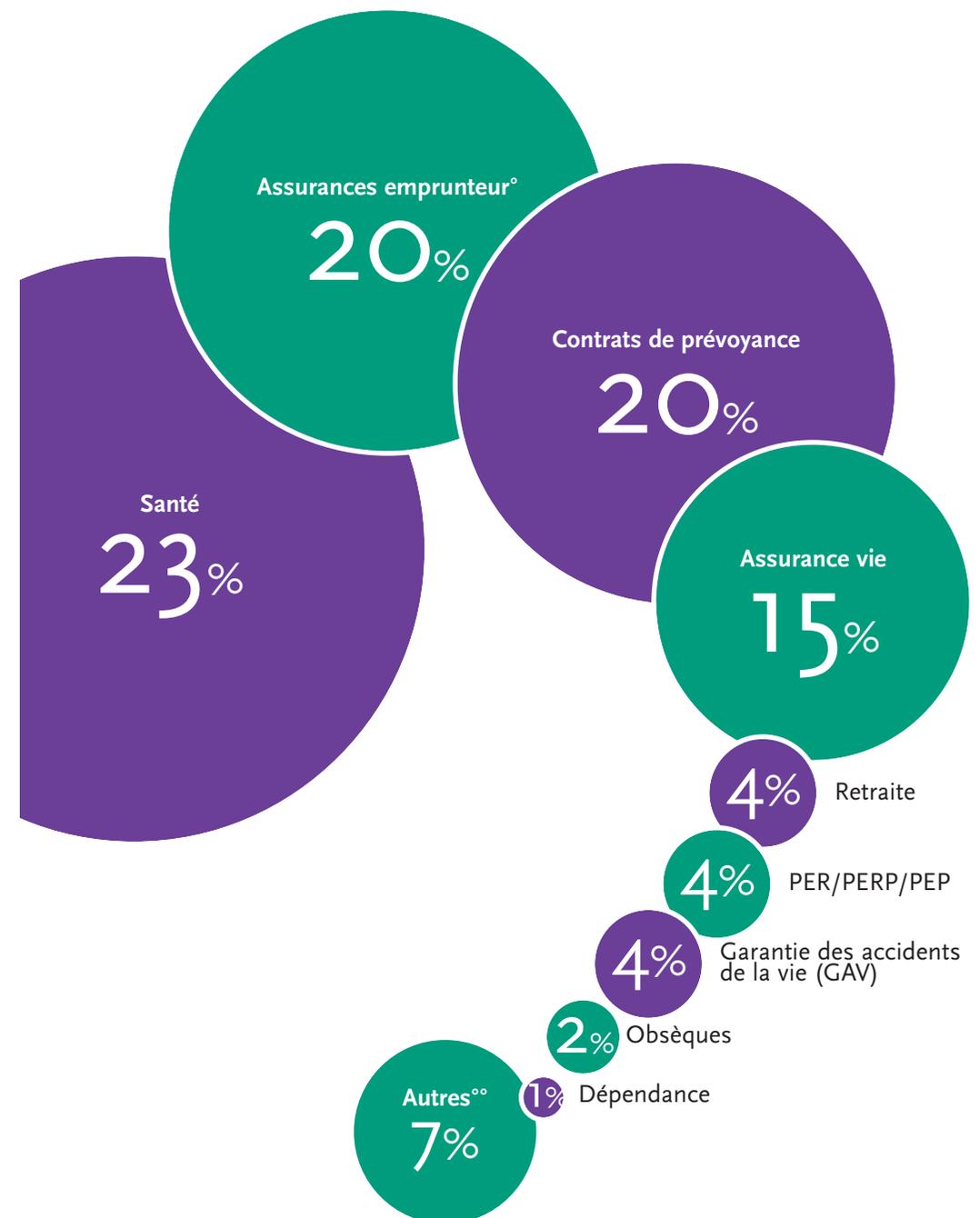
Les assurances automobile et habitation représentent deux tiers des saisines. La part de l'assurance affinitaire reste importante en 2024. ■



* Dont produits nomades : 7% ; assurance voyage : 4% ; carte bancaire : 4% ; autres assurances affinitaires : 1%.
 ** Plaisance, assurance scolaire...

LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

Les contrats santé et emprunteur, ainsi que les contrats de prévoyance individuels ou collectifs (pertes de revenus, incapacité, invalidité, décès), avec deux tiers des saisines en 2024, restent les principales sources de litiges en assurance de personnes. ■

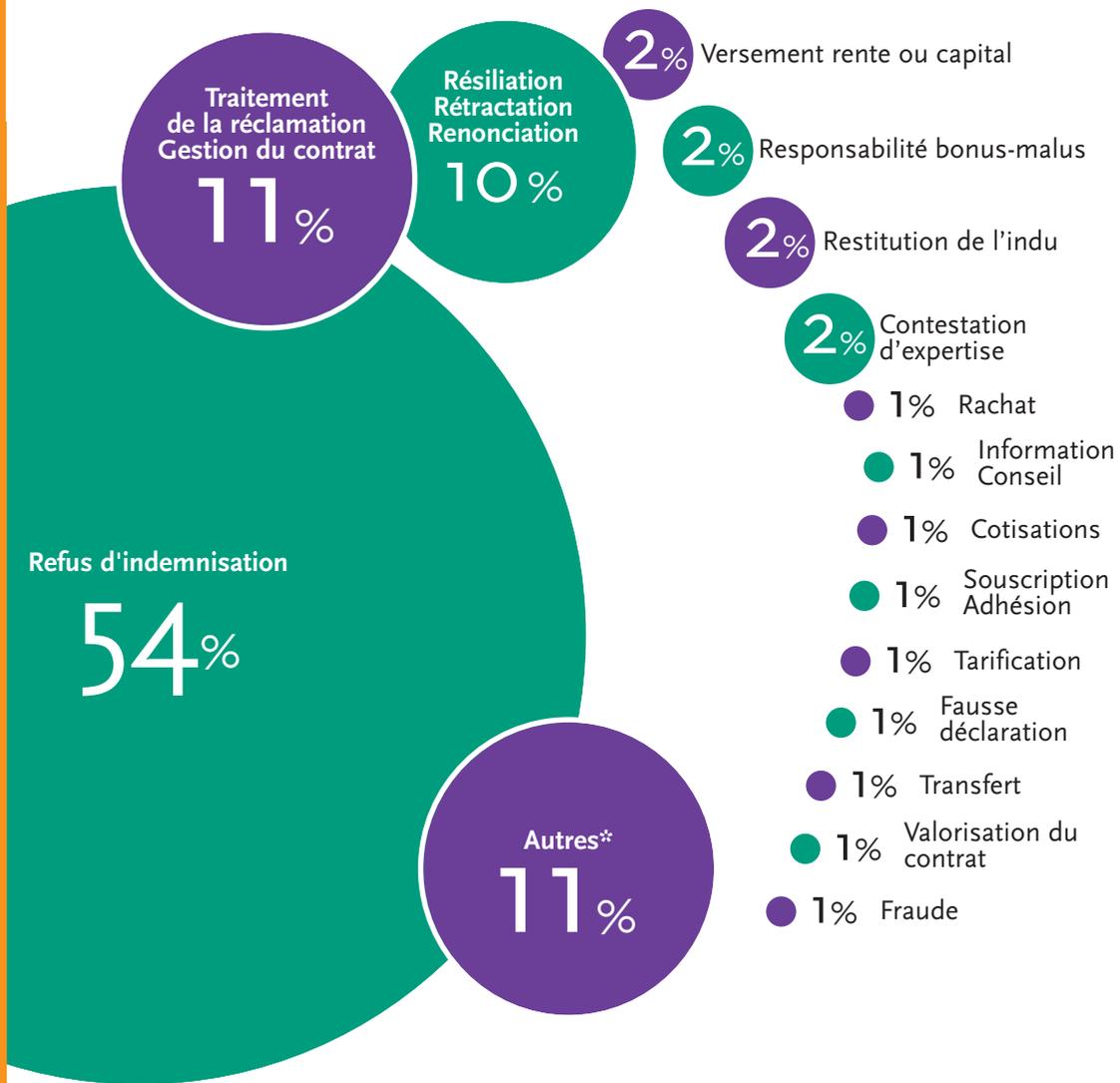


° Dont emprunts immobiliers : 16% ; emprunts à la consommation : 4%.
 °° Individuelle accident, PEA, contrats mixtes...

LES MOTIFS DES LITIGES

Les raisons du refus d'indemnisation de l'assureur sont encore très souvent incomprises par les assurés.

En 2024, les saisines présentent des enjeux financiers allant de 0 euro à 1,5 million d'euros. ■



* Absence de garantie, délai de versement, fiscalité, clause bénéficiaire, portabilité, arbitrage, déclaration tardive, montant du capital, prescription, mise en réduction...

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

2B

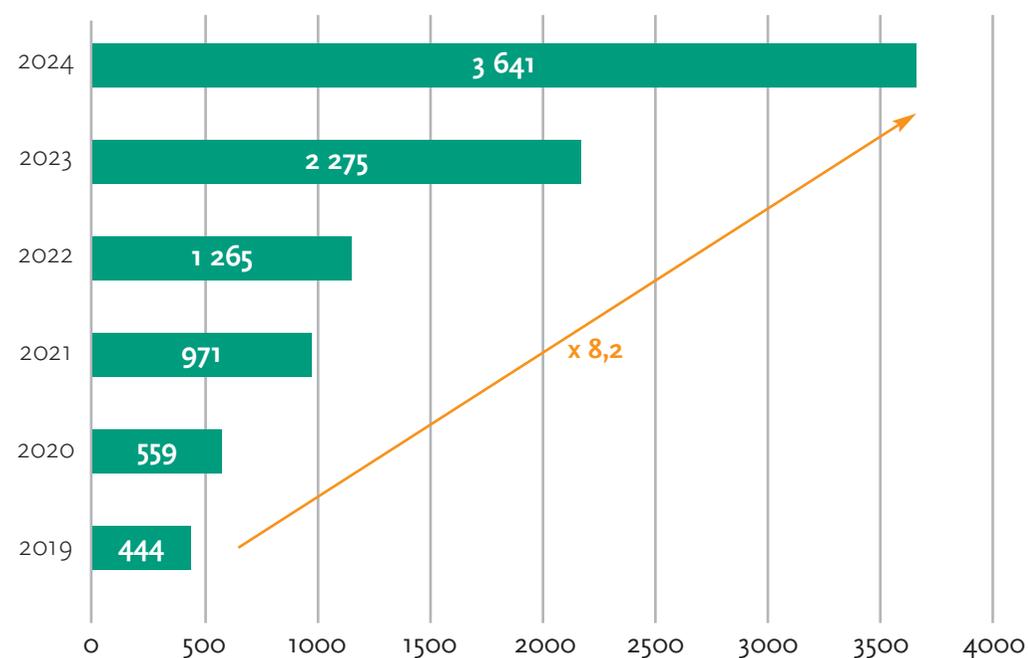
LES MÉDIATIONS EFFECTUÉES



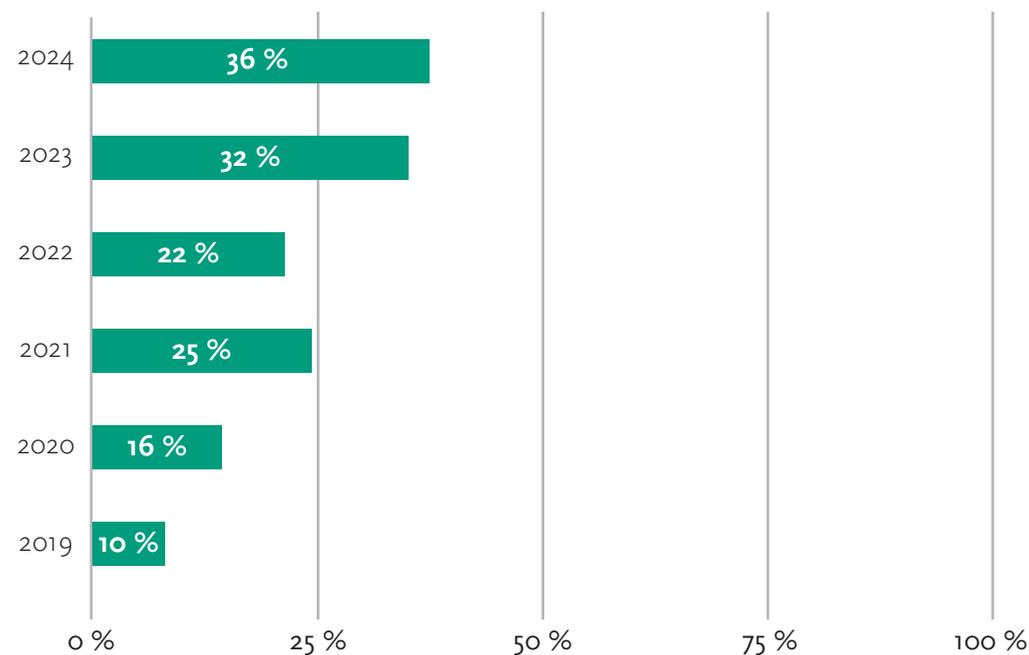
LES RÉOLUTIONS AMIABLES

Les résolutions par transaction amiable de l'assureur, avant l'émission de la proposition de solution, ont connu une progression importante ces dernières années, pour représenter **plus d'un tiers des litiges résolus** en 2024. 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. ■

Nombre de résolutions amiables



Part des résolutions amiables dans la résolution des litiges

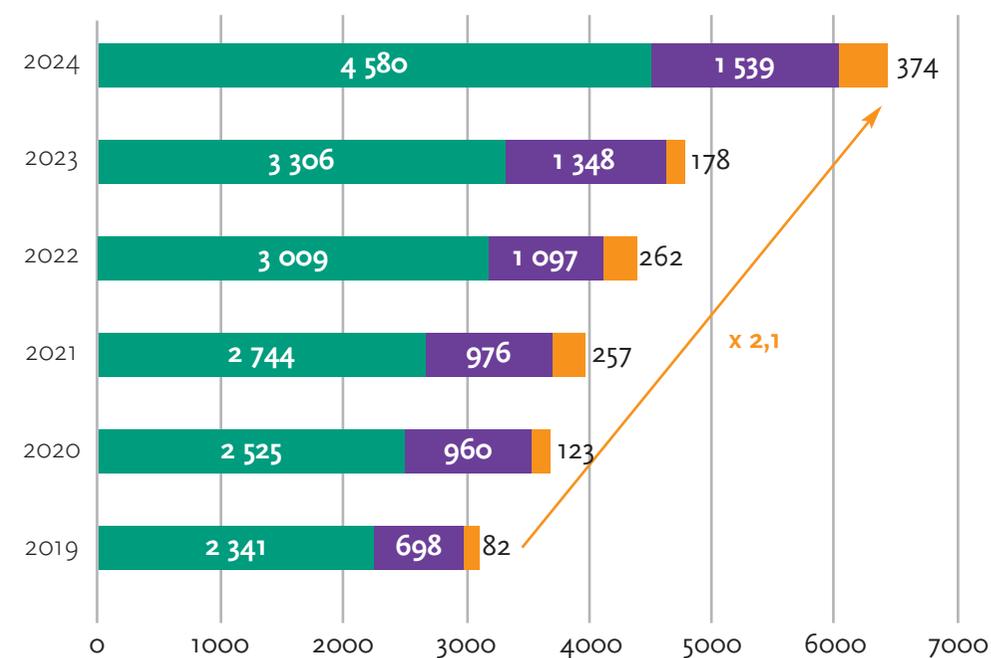


LES PROPOSITIONS DE SOLUTION

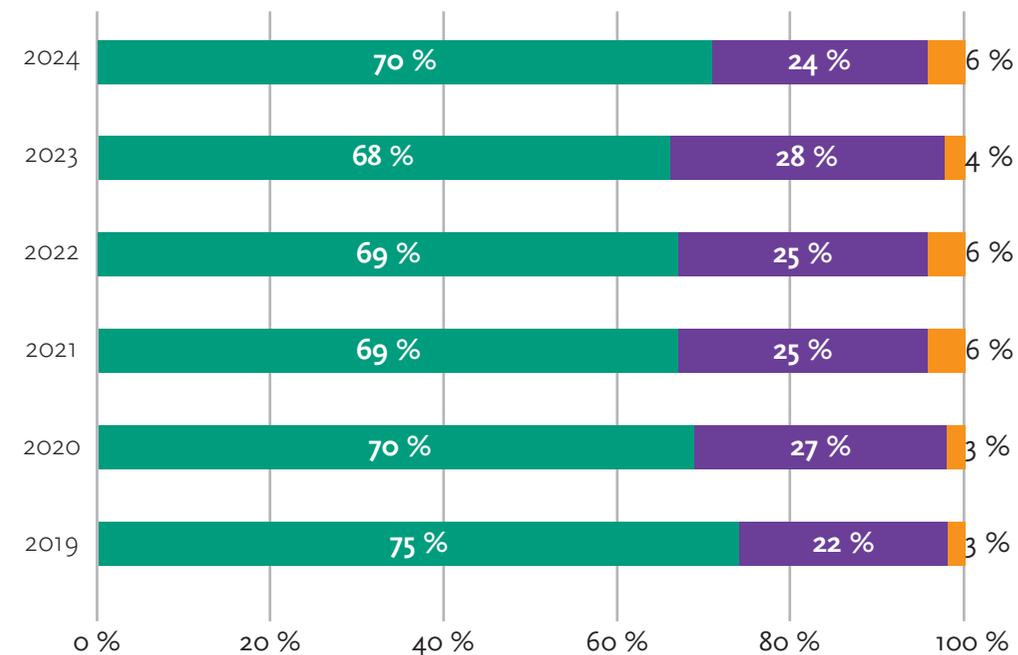
En 2024, la Médiation de l'Assurance a émis **6 493 propositions de solution**, soit une augmentation de 43 % par rapport à 2023. ■

● Confirmant l'avis de l'assureur ● Favorables à l'assuré ● Équité

Nombre de propositions de solution



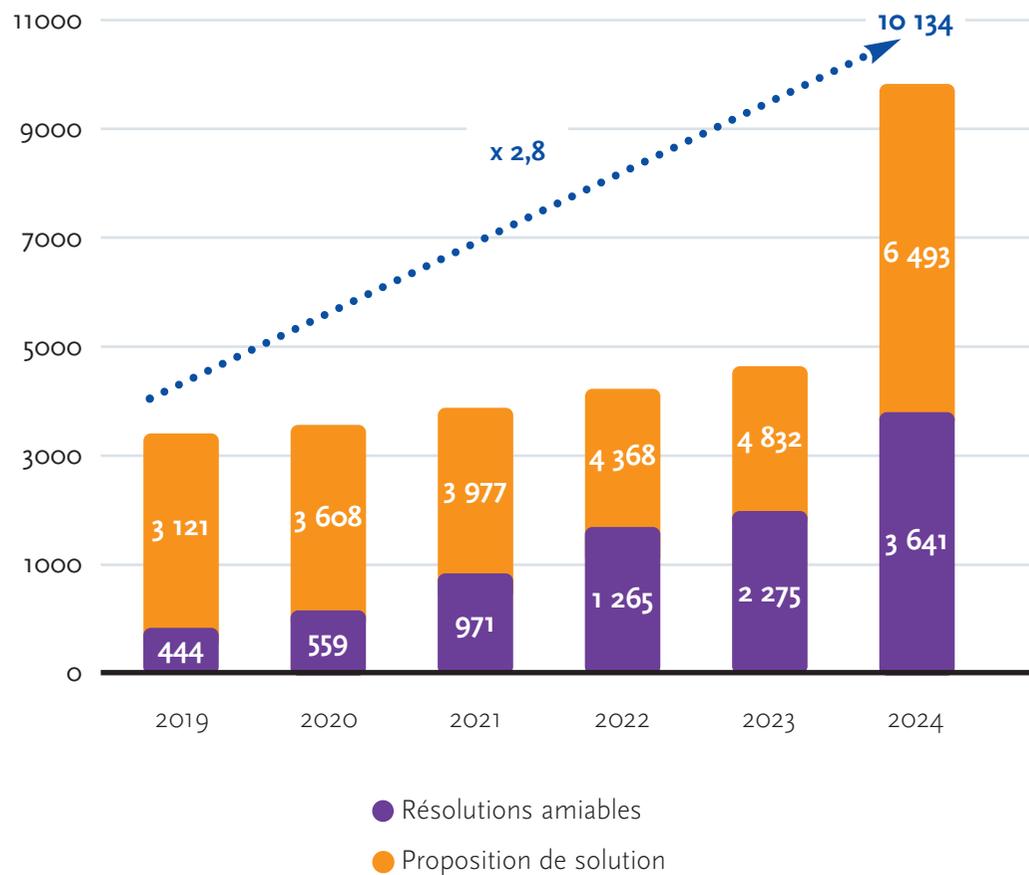
Répartition des propositions de solution en pourcentage



LES RÉOLUTIONS DE LITIGES

En 2024, 10 134 saisines recevables ont été résolues, dont 55 % ont donné satisfaction au réclamant.

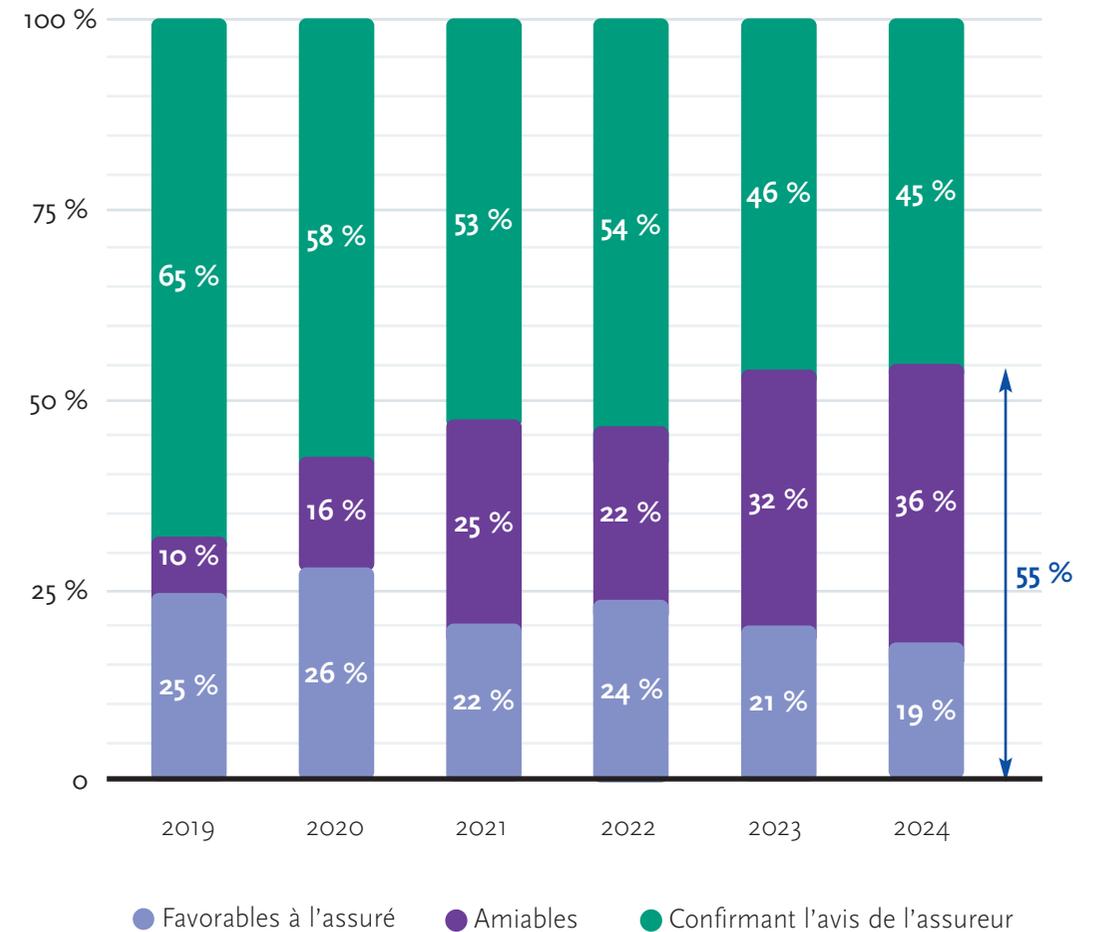
Lorsque la Médiation de l'Assurance confirme la position de l'assureur, elle aide le réclamant à mieux la comprendre en lui apportant des éléments pédagogiques, et contribue à rétablir une relation de confiance avec l'assureur en lui démontrant que le contrat a été correctement appliqué par ce dernier. ■



ENSEMBLE DES RÉOLUTIONS DE LITIGES EN INTÉGRANT LES RÉOLUTIONS AMIABLES

Lorsque le dossier est recevable, l'assuré obtient satisfaction dans plus d'un cas sur deux.

En 2024, 10 134 saisines recevables ont été résolues (x 2,8/2019). ■

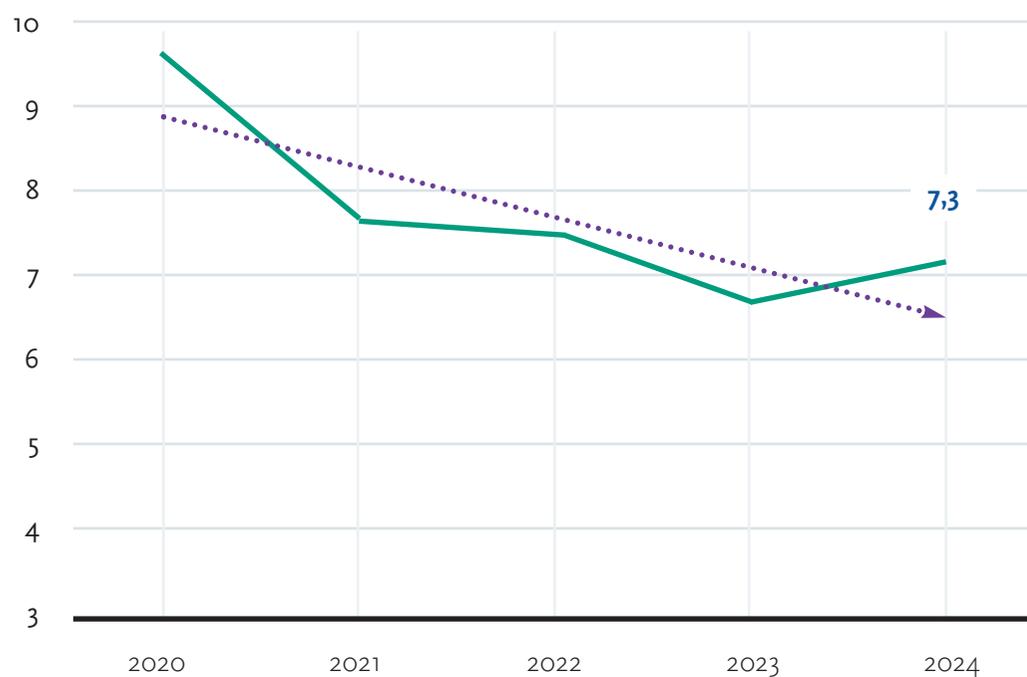


LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

En 2024, le délai moyen pour aboutir à une solution a été de 7,3 mois.

Dans 39 % des cas, les réclamants ont obtenu une solution à leur litige dans les 90 jours après leur saisine de la Médiation de l'Assurance. ■

Délai moyen de résolution (en mois)



CHARLOTTE LOYER

GESTIONNAIRE CONCILIATION



Pouvez-vous me parler de votre parcours (formation, parcours professionnel) ?

J'ai fait un DUT en technique de commercialisation, et je suis arrivée un peu par hasard dans l'assurance, en devenant gestionnaire chez Allianz.

Après quelques années en tant que gestionnaire d'assurance, j'ai été pendant sept ans gestionnaire de réclamations au sein d'un groupe de courtage d'assurance. Je gérais donc ce qui se passe en amont de la procédure de médiation, mais aussi en cours de médiation – répondre aux demandes de LMA, étudier les propositions amiables...

Mon parcours professionnel m'a ensuite amenée à rejoindre la Médiation de l'Assurance, il y a un an et demi, lors de la création de la cellule de Conciliation au sein du pôle Gestion.

Quelle fonction occupez-vous au sein de LMA et quelles sont vos missions ?

Je suis Gestionnaire Conciliation au sein du pôle Gestion. En effet, le pôle Gestion est constitué de deux équipes : la cellule Notification⁽¹⁾ et la cellule Conciliation.

Notre première mission, au sein de la cellule Conciliation, est de veiller à la complétude des dossiers. Lorsqu'une saisine est recevable et que la notification a été envoyée au réclamant, la cellule Conciliation intervient pour recueillir, auprès des deux parties (assuré et assureur), les pièces nécessaires à l'examen du litige par un juriste.

Nous sommes donc amenés à communiquer aussi bien avec l'assureur qu'avec le réclamant. Nous avons aussi un rôle d'accompagnement pour aider les parties, notamment les assurés, à rassembler les pièces contractuelles.

Notre seconde mission consiste à suivre les propositions amiables. En effet, lorsqu'ils ont connaissance d'une saisine de la Médiation de l'Assurance, les assureurs ont la possibilité de faire une proposition amiable, avant l'émission de la proposition du Médiateur. Mais une fois que la Médiation de l'Assurance a été saisie, il ne peut plus y avoir d'échange

direct entre l'assuré et l'assureur : tout doit passer par LMA.

C'est la cellule Conciliation qui est chargée de transmettre les propositions amiables aux réclamants et d'en suivre la mise en œuvre par l'assureur.

Nous pouvons aussi être force de proposition pour solliciter les assureurs et les inciter à faire une proposition amiable, par exemple en cas d'anomalie manifeste, qui ne nécessite pas une étude juridique poussée.

Quels aspects de votre travail appréciez-vous le plus ?

Ce qui me plaît dans mon travail, c'est d'abord cette possibilité d'être vecteur de propositions amiables. J'aime aussi l'accompagnement de l'assuré et de l'assureur dans la complétude des dossiers, car, au-delà de l'aspect administratif, il y a aussi une partie technique.

La cellule Conciliation se situe, dans le processus de médiation, entre la cellule Notification et les juristes.

Nous sommes tous un élément de la chaîne et chacun apporte sa pierre à l'édifice pour que les assurés qui saisissent la Médiation de l'Assurance reçoivent dans les meilleurs délais une réponse à leur demande.

Quelles sont, selon vous, les qualités indispensables pour exercer votre métier ?

La première qualité indispensable est **l'organisation**. La charge de travail est importante et nous avons à cœur d'apporter rapidement une réponse aux assurés.

Il faut aussi faire preuve de **polyvalence**, car les missions sont multiples, et nous intervenons sur tous types de contrats d'assurance, en fonction de notre spécialisation (assurance de biens et responsabilité ou assurance de personnes).

Enfin, une **capacité d'analyse** est nécessaire pour mener à bien nos missions. ■

(1) Cf. Fiche métier : Gestionnaire Notification, Rapport d'activité de LMA pour 2023, p. 44-45.



3

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, membre du Collège de l'Autorité des marchés financiers (AMF). Il est composé des personnalités suivantes :

Administrateurs

◆ Véronique Bied-Charreton	Secrétaire générale d'Allianz France
◆ David Charlet	Président de l'Association nationale des conseils financiers (ANACOFI)
◆ Grégoire Dupont	Directeur général de la fédération nationale des syndicats des agents généraux d'assurance (AGEA)
◆ Daisy Facchinetti	Secrétaire générale d'ENDYA, association d'autorégulation du courtage
◆ Grégory Gaudet	Trésorier et secrétaire général de France Assureurs
◆ Myriam Guigui	Directrice juridique assurance et distribution de Groupama
◆ Patrick Jacquot	Président-directeur général de la Mutuelle des Motards
◆ Catherine Julien-Hiebel	Présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)
◆ Jean-Max Labonté	Président du Syndicat des courtiers d'assurance de La Réunion et de l'Océan indien (SCAR-OI)
◆ Xavier Larnaudie-Eiffel	Délégué général du Groupement français des bancassureurs (GBF)
◆ Emmanuelle Rivé	Déontologue d'AXA France

Personnalités qualifiées

◆ Béatrice Blanchard	Vice-présidente de la Commission Enjeux globaux de la Conférence des OING* francophones
◆ Bernard Delas	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)

(*): Organisations internationales non gouvernementales.

UN BUDGET DE 10,3 MILLIONS D'EUROS EN 2024

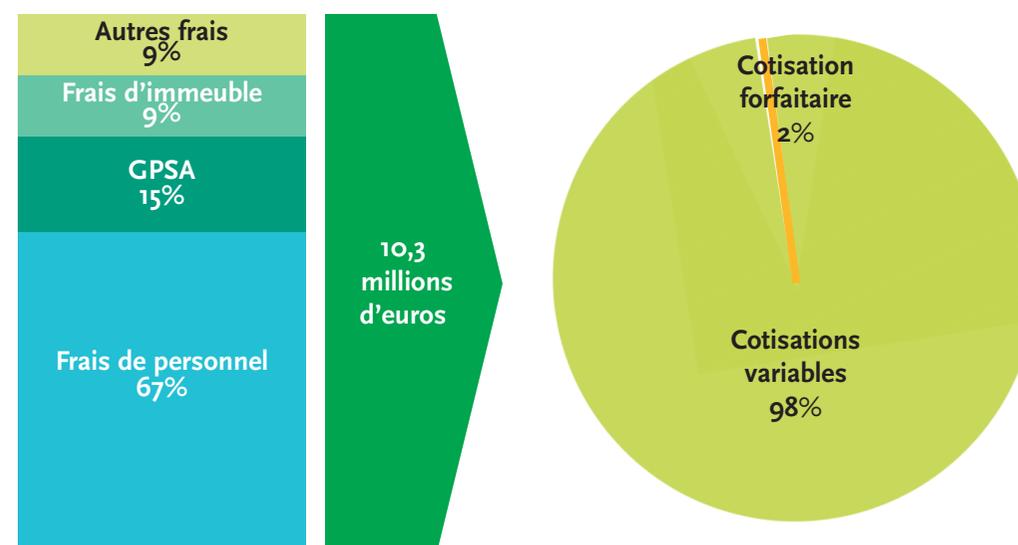
Le recours à la médiation est gratuit pour le consommateur. Le budget de fonctionnement de LMA est donc entièrement financé par les professionnels de l'assurance adhérant à LMA, car nous ne recevons aucune subvention publique :

- ◆ **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 2024, LMA a présenté un budget de fonctionnement de 10,3 millions d'euros, dont 67 % 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 2024 15% du budget total, soit un coût de 1,5 million d'euros. ■



LES ADHÉRENTS DE LMA

La Médiation de l'Assurance regroupe différents métiers de l'assurance. En 2024, 334 adhérents représentant environ 27 530 professionnels de l'assurance – entreprises d'assurance, intermédiaires d'assurance, gestionnaires de patrimoine, agents généraux – ont confié leur médiation à LMA :

- 307 entreprises d'assurance relevant du Code des assurances ;
- des intermédiaires d'assurance adhérant à titre individuel ;
- des syndicats ou associations d'autorégulation du courtage, pour le compte de leurs adhérents :
 - ◆ AGEA, Fédération nationale des syndicats des agents généraux d'assurance ;
 - ◆ 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 83 % du budget de la Médiation de l'Assurance. ■

Ensemble des saisines recevables

Société	2023	2024
AXA	8,1 %	10,1 %
CNP	8,5 %	8,4 %
AEMA	9,1 %	8 %
COVEA	8,3 %	8 %
GENERALI	7,5 %	7,1 %
GROUPAMA	8 %	6,7 %
CRÉDIT AGRICOLE	5,9 %	5,7 %
ALLIANZ	5,6 %	5,6 %
MAIF	4,9 %	4,9 %
BPCE	4 %	3,9 %
CRÉDIT MUTUEL	3 %	3,8 %
BNP PARIBAS	3 %	3,2 %
SWISS LIFE	2,3 %	2,6 %
MATMUT	2,2 %	2,6 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	2,1 %	2,4 %

Les assureurs ayant les plus fortes parts de marché figurent logiquement parmi ceux qui suscitent le plus de saisines de la Médiation de l'Assurance. Les parts de marché indiquées telles que publiées par la fédération France Assureurs constituent 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 contesté dans ses décisions montre la déception des assurés, mais pas nécessairement que l'assureur a mal appliqué son contrat. ■

En assurance de biens et responsabilité

Société	2023	2024
AXA	8,7 %	11,7 %
AEMA	12,1 %	11 %
COVEA	11,1 %	10,7 %
GROUPAMA	9,6 %	7,7 %
MAIF	7,1 %	6,9 %
ALLIANZ	5,6 %	5,7 %
GENERALI	6,2 %	5,7 %
CRÉDIT AGRICOLE	4,5 %	4,4 %
CNP / LBP	3,4 %	4,1 %
ASSURANCES CRÉDIT MUTUEL	3 %	4,1 %
MATMUT	3,2 %	3,6 %
BPCE	4 %	3,5 %
BNP PARIBAS	2,3 %	3 %
L'OLIVIER ASSURANCE	2,1 %	2 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	3,2 %	1,8 %

En assurance de personnes

Société	2023	2024
CNP	16,5 %	16,7 %
GENERALI	9,8 %	9,6 %
CRÉDIT AGRICOLE	8,6 %	8,1 %
AXA	7,1 %	7,2 %
SWISS LIFE	5,3 %	6,2 %
ALLIANZ	5,6 %	5,4 %
GROUPAMA	4,9 %	4,9 %
BPCE	4 %	4,4 %
MALAKOFF HUMANIS	3 %	3,6 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	3,1 %	3,4 %
BNP PARIBAS	4,3 %	3,4 %
ASSURANCES CRÉDIT MUTUEL	3,1 %	3,2 %
COVEA	3 %	3 %
AEMA	3,4 %	2,4 %
ENDYA	2,6 %	1,7 %

UNE ÉQUIPE DÉDIÉE À LA RÉOLUTION DES LITIGES

Le fort accroissement d'activité des dernières années a conduit la Médiation de l'Assurance à encore renforcer les équipes.

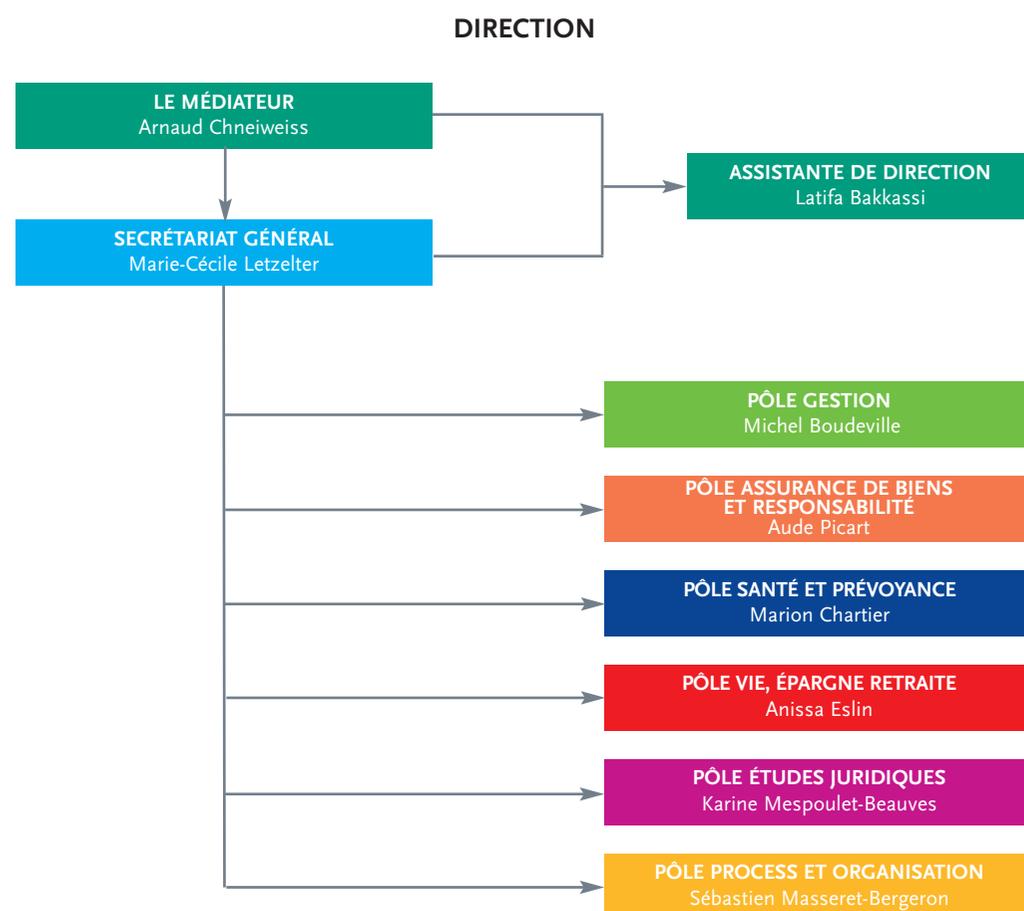
Au printemps 2025, le Médiateur est entouré d'une équipe d'une centaine de personnes.

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 chargés d'études juridiques (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 2025



PÔLE GESTION

Juriste référente
Hélène Vallette

Juriste confirmée
Nathalie Boudeau

Gestionnaires

Christophe Adrea
Khadija Benmiloudi
Florence Blancho
Lydie Caliste
Kanica Chhoeurn
Jennifer Christophe
Angélique Duchêne
Sophie Dumouchel
Thomas Dumouilla
Andrea Hermoso
Sandra Lopez Tavares
Charlotte Loyer
Lydia Menguelti
Vanessa Mohamad
Rose-Martine Morino
Abel Nzanzu
Emeline Obert
Christine Pluquet
Rudy Quiterio
Myriam Sama
Christelle Yos Roun

PÔLE ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

Juristes référentes
Laura Beauvais
Sophie Costinesco
Charlotte Lamy
Juliette Papillat
Mélanie Piel
Aurélié Toutou

Juristes confirmés
Joanna Audisio
Elise Bonnard
Séverine Caragliu

Aurélié Durieux
Aurélia Ecker
Mélanie Grancho
Sixtine de Laage
Mélody Lemoine
Yaya Mendy
Sandrine Perrotel
Astrid Pittion-Rossillon
Quang Cuong Tran
Alexis Vendé

Juristes

Marie-Sixtine Arnaud-des-Lions
Antoine de Blanpré
Paola Brandolini
Anna Brousse
Gaëlle Dieupart
Héloïse Durand
Diane Ferreira-Da Costa
Mathilde Fuchs
Assia Lahcen
François Lepesqueur
Olga Nzau
Marie-Clotilde Pareyn
Emma Passin
Aissata Sy
Max Tarin

PÔLE ASSURANCE SANTÉ ET PRÉVOYANCE

Juristes référentes
Katia Dang
Sonia Mestari
Sandra Morin
Messika Oudjani
Morgane Viarnaud

Juristes confirmés
Laura Bensimon
Valentine Bibron
Angéline Bich
Quentin Brousse
Coralie Désiré
Aurélia Felvia

Fiona Fontaine
Laura Juchault-Montana
Audrey Kibila
Ramatoulaye Ly
Valérie Preira
Léa Roger

Juristes

Amandine Lacouture
Pierrick Pourret
Margot Carnat
Sarah Saïf
Hélias Germé
Chaïmae Touil
Talal Alhadj Hassan

PÔLE ASSURANCE VIE, ÉPARGNE RETRAITE

Juristes confirmés

Cynthia Diong
Sandrine Gaston
Solène Hélias

Juristes

Clara Cappe
Prescilla Delteil
Nicolas Patron
Claudia Raby

PÔLE ÉTUDES JURIDIQUES

Juriste confirmé
Cyprien Gamet

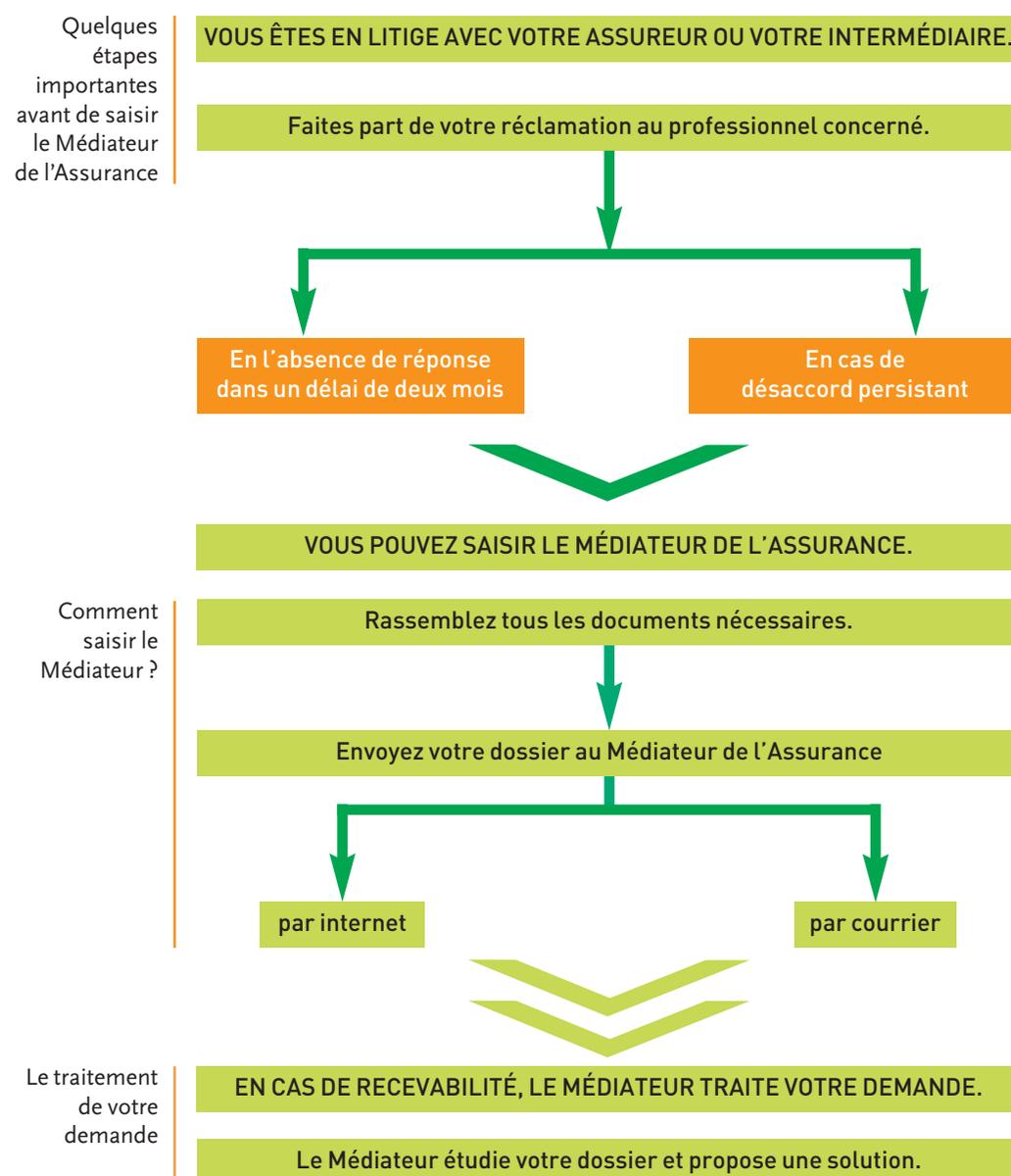
Juristes

Hugo Rodrigues-Sousa

PÔLE ORGANISATION ET PROCESS

Référente informatique
Johanna Kelban

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.



Quel est votre parcours (formation, parcours professionnel) ?

Mon parcours m'a menée des bancs de l'Université au poste de Responsable au sein de la Médiation de l'Assurance (LMA). J'ai commencé par des études de droit privé à la faculté Lyon III, suivies d'un master 2 spécialisé en droit des assurances de dommages à Rouen – berceau historique de l'assurance !

Après une première immersion dans le milieu des assurances chez Axa, j'ai intégré la compagnie d'assurance française Albingia, où j'ai affiné mes compétences techniques et juridiques en assurance de dommages et de responsabilité.

Mon envie de relever des défis managériaux m'a ensuite conduite à rejoindre LMA, d'abord en qualité de

Cheffe d'équipe, puis au poste de Responsable de pôle, une fonction qui m'offre l'opportunité de piloter un service en pleine croissance.

Quelle fonction occupez-vous au sein de LMA et quelles sont vos missions ?

En tant que Responsable du pôle Assurance de Biens et Responsabilité (ABR), je supervise une équipe très dynamique de 34 collaborateurs spécialistes de l'assurance de dommages. Mon rôle consiste à structurer le service, coordonner et harmoniser nos pratiques. L'exigence et la bienveillance sont au cœur de ma démarche et j'aime promouvoir ces valeurs au sein de mon équipe.

Ma mission principale est de veiller à ce que nos positions soient transmises rapidement aux assurés qui nous saisissent, et que chaque décision soit prise sur la base d'une expertise juridique solide et d'une analyse approfondie des enjeux. Cela passe par différents aspects : le recrutement des nouveaux talents et l'organisation de leur formation continue, la formalisation de nos positions internes et l'élaboration de notre jurisprudence, la coordination de l'activité quotidienne... tout en assurant la montée en compétence de chaque juriste de l'équipe, grâce à l'appui d'une tutrice et de juristes référentes.

Quels aspects de votre travail appréciez-vous le plus ?

Ce qui me passionne dans mon métier, c'est l'alliance de la technicité juridique et du management, le sens de la mission, ainsi que la vision panoramique du marché.

À LMA, nous sommes saisis pour des problématiques juridiques très variées, et parfois pour des situations sensibles et complexes. Quelle que soit l'ampleur du dossier, il y a toujours, derrière chaque saisine, un assuré qui attend notre réponse : il faut qu'elle soit claire, juste et humaine. C'est une belle mission, au service de l'intérêt général.

J'apprécie également les échanges avec des acteurs variés – assureurs, journalistes, ou encore le ministère de l'Économie et des Finances –, qui nous permettent d'identifier les dysfonctionnements du marché et de contribuer à la mise en place de bonnes pratiques.

Ce que les juristes viennent chercher à LMA, c'est cette vue d'ensemble que nous avons, cette posture en dehors des parties, impartiale et en équité. C'est là notre valeur ajoutée.

Quelles sont, selon vous, les qualités indispensables pour exercer votre métier ?

L'implication est essentielle, car le poste de Responsable de pôle nécessite un engagement constant et une conscience aiguë de l'impact de nos positions sur les assurés et les assureurs.

La rigueur est tout aussi importante : nous avons une formation de juriste et, à ce titre, nous portons une attention particulière à la précision, la conformité et la qualité de nos analyses.

Enfin, pour bien gérer une équipe, un manager doit faire appel à ses compétences humaines et être bienveillant : il lui faudra être à l'écoute, être compréhensif, pour pouvoir, par ailleurs, être exigeant. ■



FOCUS



L'AUGMENTATION DES COTISATIONS EN ASSURANCE DE PERSONNES

Dans le contrat d'assurance, les parties ont des obligations réciproques : en contrepartie des prestations garanties par l'assureur, l'assuré s'engage à régler la prime ou la cotisation due.

Le Code des assurances dispose ainsi que « *L'assuré est obligé : 1° de payer la prime ou cotisation aux époques convenues* »⁽¹⁾.

Ainsi, lors de la conclusion du contrat d'assurance, l'assureur indique à l'assuré un montant de prime, qu'il convient de régler périodiquement. Ce montant est fixé librement par les entreprises d'assurance, en raison du principe de libre concurrence.

La cotisation fixée par l'assureur est composée de la cotisation nette, des frais de gestion et des taxes.

Le montant de cette cotisation peut évoluer en cours de contrat. Cette évolution, très souvent à la hausse, est source de mécontentement des assurés.

Si l'assureur a la possibilité d'augmenter les cotisations, notamment en cas d'évolution des taxes ou pour tenir compte de l'évolution de la sinistralité, il ne saurait le faire de manière unilatérale et discrétionnaire. Cette évolution doit obligatoirement être prévue dans le contrat, au moyen d'une clause d'indexation ou d'une clause de revalorisation, sous réserve qu'elle soit acceptée par l'assuré.

Cette note porte uniquement sur l'augmentation des cotisations dans le cadre d'un contrat d'assurance de personnes (santé, prévoyance...). Le sujet tel qu'évoqué ici ne concerne pas les contrats d'assurance de biens et de responsabilité.

L'ÉVOLUTION DE LA COTISATION EN FONCTION D'UNE CLAUSE D'INDEXATION

Une clause d'indexation est une clause prévoyant la fixation de la cotisation en fonction d'un indice. Ainsi, elle permet à l'assureur d'augmenter le montant des cotisations par la seule augmentation de l'indice et dans les mêmes proportions.

Dès la souscription du contrat, l'assuré accepte que la cotisation puisse évoluer selon cet indice et consent donc aux augmentations des cotisations.

Un indice est un élément **objectif** dont la valeur évolue suivant les variations enregistrées, et est utilisé comme référence pour déterminer le prix d'une obligation, telle que le montant d'une cotisation d'assurance.

L'article L.112-2 du Code monétaire et financier interdit toute indexation fondée sur un indice qui n'a pas de relation directe avec l'objet de la convention ou avec l'activité de l'une des parties. Cette restriction ne s'applique pas aux dispositions statutaires ou conventionnelles concernant des dettes d'aliments (notamment les rentes viagères).

Si l'indice choisi peut être extérieur à l'assurance, il doit rester lié au risque garanti. Il peut s'agir, par exemple, du prix de la journée d'hospitalisation, du plafond annuel de la Sécurité sociale ou de la valeur du point A.G.I.R.C.

Néanmoins, l'indice choisi par l'assureur peut être amené à disparaître. En effet, il peut arriver que l'indice soit supprimé ou que sa publication soit arrêtée. Dans cette hypothèse, la jurisprudence a considéré que cela n'entraîne pas la nullité de la clause d'indexation⁽²⁾. La Cour de cassation considère, dans ce cas, que le juge doit rechercher un autre indice qui soit le plus proche possible de la volonté des parties en cas de suppression pure et simple de l'indice prévu, ou déterminer l'évolution probable de l'indice en cas d'arrêt de sa publication⁽³⁾.

L'indice choisi par les parties peut également être remplacé par un nouvel indice. Dans ce cas de figure, le nouvel indice doit être précisé à l'assuré.

Dans un dossier soumis à la Médiation de l'Assurance, l'assureur a augmenté le montant des cotisations à la suite d'un « changement d'indice ». Toutefois, le contrat ne mentionnait pas l'indice qui viendrait remplacer celui qui était initialement fixé au contrat. La clause d'indexation n'était donc pas conforme à l'article R.212-1 du Code de la consommation, selon lequel l'assureur ne peut modifier unilatéralement le montant des primes et des garanties sans recueillir l'accord de l'assuré.

En revanche, la clause prévoyant une variation des cotisations « dans la limite » d'un indice ne constitue pas une clause d'indexation. En effet, une telle clause se fonde sur la variation d'un indice, elle le vise comme une limite à la variation et laisse néanmoins le choix à l'assureur dans la fixation du taux d'indexation. Cela revient ainsi à ce qu'il fixe unilatéralement le montant de la revalorisation.

L'ÉVOLUTION DE LA COTISATION EN FONCTION D'UNE CLAUSE DE REVALORISATION

Lorsqu'une clause permet la modification du montant des primes sans se fonder sur la variation d'un indice, ou si elle se fonde sur la variation d'un indice mais qu'elle tient également compte d'éléments imprévisibles pour l'assuré (les résultats techniques ou la disponibilité d'un fonds par exemple), il s'agit d'une clause de revalorisation.

(1) Article L.113-2 du Code des assurances ; cet article ne s'applique pas aux contrats d'assurance vie.

(2) T. civ. Seine, 24 mars 1945, D.1945.Somm.7.-Agen, 5 novembre 1948, D.1949.87.

(3) Cass. 1^{re} Civ., 24 novembre 1969, Bull. civ. I, n° 359.

L'AUGMENTATION DES COTISATIONS EN ASSURANCE DE PERSONNES

Néanmoins, pour que cette clause de revalorisation soit opposable, il est nécessaire que celle-ci soit prévue explicitement de « **manière claire et compréhensible** » au sein du contrat⁽⁴⁾. À défaut, elle ne saurait être opposable à l'assuré.

Le montant des cotisations peut évoluer en fonction de la hausse de la sinistralité, si le contrat le prévoit. La jurisprudence rappelle d'ailleurs que l'assureur ne peut procéder à une régularisation des cotisations en fonction de l'évolution de la sinistralité, si cela n'est pas spécifié dans la documentation contractuelle⁽⁵⁾.

Contrairement à la clause d'indexation, qui s'applique automatiquement dès lors qu'elle est prévue au contrat, la clause de revalorisation nécessite une **information préalable** de l'assuré par l'assureur pour que cette revalorisation lui soit opposable.

Concernant les contrats d'assurance individuels, la Commission des clauses abusives dans une Recommandation n° 85-04, relative aux contrats d'assurance multirisque habitation, mais dont le raisonnement peut être étendu aux contrats de prévoyance, recommande : « *En toute hypothèse, l'assureur ne peut sans abus se réserver le droit d'augmenter unilatéralement le taux de la prime pour une cause autre que l'aggravation du risque, sauf au moment du renouvellement du contrat et à condition que l'assuré ait été averti de cette augmentation au plus tard un mois avant le jour où ce dernier sera forclos pour notifier sa volonté de ne pas renouveler le contrat* ».

L'article R.212-1 du Code de la consommation dispose effectivement que : « *Dans les contrats conclus entre des professionnels et des consommateurs, sont de manière irréfragable présumées abusives, au sens des dispositions des premier et quatrième alinéas de l'article L.212-1 et dès lors interdites, les clauses ayant pour objet ou pour effet de : [...] 3° Réserver au professionnel le droit de modifier unilatéralement les clauses du contrat relatives à sa durée, aux caractéristiques ou au prix du bien à livrer ou du service à rendre* ».

Dès lors, dans les contrats d'assurance individuels, l'assureur est tenu d'informer l'assuré au moins un mois avant l'échéance annuelle du contrat. À défaut, cette évolution de la prime ne sera pas opposable à l'assuré.

En outre, l'assureur est tenu d'indiquer à l'assuré qu'il dispose de la faculté de résilier son contrat, soit via la clause de revalorisation, soit par la notification d'augmentation.

Concernant les contrats d'assurance collectifs, en application de l'article L.141-4 du Code des assurances, texte d'ordre public (article L.111-2 du Code des assurances), le souscripteur est tenu d'informer par écrit les différents adhérents des modifications prévues, et supporte la charge de la preuve de cette information. Il n'y a donc pas à recueillir le consentement de chaque adhérent.

Pour que la modification soit opposable à l'adhérent, celui-ci doit en être informé **au moins trois mois** avant sa date d'entrée en vigueur.

Si l'assurance est facultative, l'adhérent peut résilier son adhésion en raison de la modification ; en revanche, si elle est obligatoire, il ne peut que l'accepter, une fois informé.

À défaut d'information, en l'absence de précision des sanctions par le texte, la Médiation de l'Assurance considère que la modification ne lui est opposable qu'à compter de la fin du troisième mois suivant la notification de la modification.

Toutefois, si la notice d'information stipule que l'assuré dispose d'un délai pour résilier son contrat et que ce délai est inférieur à trois mois, la clause est considérée comme invalide.

CONCLUSION

L'assureur peut faire évoluer le montant des cotisations, mais cette augmentation ne peut être laissée à sa discrétion.

Certains litiges soumis à la Médiation de l'Assurance pourraient être évités si les documents contractuels attiraient davantage l'attention des assurés sur les modalités d'évolution des cotisations et si les avis d'échéance précisaient le fondement et le taux de cette évolution. ■

Valérie Preira

⁽⁴⁾ CA Montpellier, 7 novembre 2018, n° 16/01550.

⁽⁵⁾ CA Grenoble, Com., 20 mars 2025, n° 23/02769.

En 2024, la Médiation de l'Assurance a observé une augmentation significative des litiges liés à la définition de l'accident prévue par certains contrats d'assurance de personnes, avec une hausse de 38 %, par rapport à l'année précédente, des réclamations portant sur des garanties conditionnées par l'existence d'un accident. L'absence de définition légale de l'accident en assurance de personnes permet aux assureurs de définir librement ce terme, en vertu du principe de liberté contractuelle⁽¹⁾.

De manière générale, un accident est défini dans les contrats d'assurance de personnes comme une atteinte corporelle non intentionnelle de l'assuré, résultant de l'action soudaine d'une cause extérieure. Quelle différence avec le langage courant, comme l'illustre la définition simple que donne le dictionnaire Larousse : « *qui est l'effet du hasard; qui n'est pas prévu; fortuit* » !

Certains contrats précisent la définition en ajoutant des critères comme l'imprévisibilité, ou l'exigence du caractère brutal ou violent de la cause extérieure. Cette diversité de définitions exige des assurés qu'ils comprennent parfaitement les termes de leur contrat afin de limiter les mauvaises surprises en cas de sinistre. La jurisprudence joue un rôle crucial en interprétant ces définitions lorsque des litiges surviennent, mais elle peut elle-même adopter des approches divergentes, ajoutant à la complexité de la situation. Face aux nombreuses réclamations, la Médiation de l'Assurance fait preuve de pédagogie auprès des assurés dans l'analyse des différentes conditions de l'accident et veille au respect des obligations de l'assureur.

LES CRITÈRES DE L'ACCIDENT DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE

Quatre éléments clés caractérisent généralement un accident dans les contrats d'assurance : l'atteinte corporelle, l'absence d'intentionnalité, la cause extérieure et le lien de causalité.

◆ L'atteinte corporelle

Les contrats peuvent préciser les atteintes comprises dans cette notion, mais en l'absence de précision, la Médiation de l'Assurance retient qu'elle englobe les dommages physiques et psychiques. Cette interprétation large est soutenue par la jurisprudence, qui favorise une approche protectrice pour le consommateur.

◆ L'absence d'intentionnalité

Concernant l'exigence d'absence d'intentionnalité de l'atteinte, elle conduit à exclure de la notion d'accident l'ensemble des atteintes corporelles volontaires.

◆ Une cause extérieure soudaine

La cause extérieure est essentielle pour distinguer un accident d'une maladie. Cette distinction est fondamentale pour déterminer le champ d'application des garanties. La cause doit par ailleurs être soudaine, c'est-à-dire qu'elle ne doit pas durer dans le temps. Ce critère ne porte, sauf stipulation contractuelle contraire, que sur la cause extérieure et non sur le dommage, qui n'a pas besoin de survenir concomitamment à la cause.

Face à des décisions jurisprudentielles variées, le Médiateur a adopté une interprétation uniforme de la notion de cause extérieure dans les dossiers d'assurance. Pour être considérée comme extérieure, la cause d'un dommage doit être dans un positionnement ou une dynamique anormale.

Cette anormalité est évaluée en fonction des circonstances spécifiques de chaque événement. Des cas concrets peuvent illustrer cette approche : un réfrigérateur en mouvement (chute), des freins de fauteuil roulant non enclenchés ou des conditions météorologiques inhabituelles sont considérés comme des causes extérieures. En revanche, lorsqu'un objet est dans une position normale, comme une pierre dans un jardin ou une palette dans le coffre d'un véhicule, la cause n'est pas jugée extérieure. La cause extérieure peut aussi résulter de l'action d'un tiers.

Les pathologies posent quant à elles un défi particulier. Par exemple, les infections nosocomiales ne sont pas couvertes si elles résultent d'agents endogènes. Les arrêts cardiaques et les complications liées à la covid-19 sont également difficiles à qualifier d'accidents, car l'événement extérieur (la covid-19) n'est pas toujours identifiable comme étant à l'origine de l'arrêt cardiaque et/ou n'a pas eu un effet immédiat.

◆ Un lien de causalité

Un lien de causalité doit exister entre l'atteinte corporelle et la cause extérieure. Ce lien peut être direct ou exclusif, selon les stipulations contractuelles. En absence d'une qualification du lien de causalité particulière au contrat, la théorie de la causalité adéquate est utilisée. Ce critère conduit régulièrement l'assureur à refuser une garantie en cas d'antécédents médicaux ayant participé à l'atteinte corporelle.

LES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

Les assureurs ont l'obligation d'informer clairement les assurés sur les définitions contractuelles de l'accident et de les mettre en garde lorsque les conditions de garanties sont restrictives. Cela inclut un devoir de conseil accru lors de la souscription de contrats avec des garanties limitées.

CONCLUSION

La notion d'accident en assurance de personnes est complexe et diverge de la définition utilisée dans le langage courant. En l'absence de définition légale standardisée, la liberté contractuelle peut mener les assureurs à utiliser des définitions variées, accentuant le manque de compréhension des assurés.

Pour réduire les différends sur ce sujet, il est essentiel que les assureurs communiquent clairement sur leurs définitions et que les assurés lisent attentivement les termes de leur contrat. ■

Talal Alhadj Hassan, Angéline Bich et Pierrick Pourret

⁽¹⁾ Article 1102 du Code civil.



5

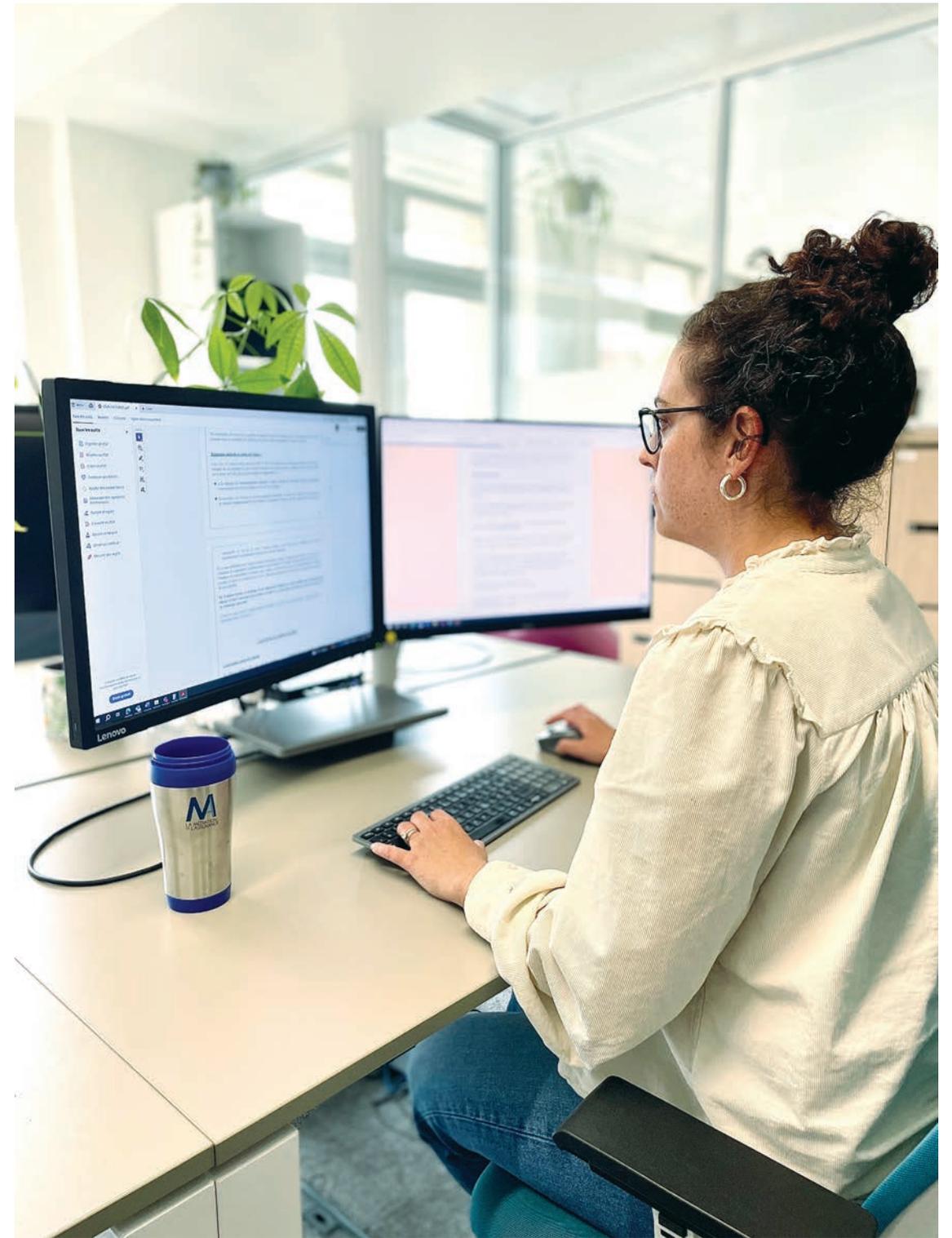
ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ : ÉTUDES DE CAS



LES ÉTUDES DE CAS EN
ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

5A

LA RELATION
CONTRACTUELLE





LA PRÉCISION : UN ÉLÉMENT ESSENTIEL À LA VALIDITÉ DE LA CLAUSE D'EXCLUSION

Selon l'article L.113-1 du Code des assurances, la validité d'une clause d'exclusion se mesure à l'aune de son caractère formel et limité. La jurisprudence consolide cette règle en prohibant les clauses d'exclusion qui ne font pas référence à des critères spécifiques et à des cas limitativement énumérés.

CONTEXTE

Un assuré a réservé un voyage en Thaïlande par le biais de sa carte bancaire. Celle-ci est assortie d'une assurance incluant une garantie d'annulation de voyage en cas d'accident de santé du titulaire.

L'assuré a été contraint d'annuler son voyage en raison de son état de santé. Il a alors sollicité la mise en œuvre de la garantie stipulée dans son contrat.

Cependant, l'assureur a refusé de donner suite à cette demande, invoquant une exclusion contractuelle relative aux troubles psychiques et réactionnels.

ANALYSE

Conformément à l'article L.113-1 du Code des assurances, l'assureur est libre de stipuler des exclusions de garantie dans son contrat, à condition qu'elles soient « formelles et limitées ».

La jurisprudence prohibe fermement les clauses d'exclusion faisant référence à des expressions floues, qui nécessitent une appréciation ou une interprétation, que l'assuré ne peut pas effectuer.

Dès lors, elle a établi que la seule évocation de l'expression « troubles psychiques » sans aucune précision ne satisfait pas aux exigences de l'article susvisé⁽¹⁾.

La même solution a été retenue dans un arrêt plus récent, selon lequel une clause « visant les affections psychiques, sans autre précision que celle incluant les dépressions

L'assuré doit pouvoir comprendre pleinement la portée de son contrat. Ainsi, il est capital que l'assureur décrive avec précision les maladies qu'il entend exclure du champ de sa garantie.

⁽¹⁾ Cass. Civ., 2 avril 2009, n° 08-12.587.

nerveuses, à défaut d'être formelle et limitée, était nulle et ne pouvait, dès lors, recevoir application, peu important que l'affection dont était atteint [l'assuré] y soit énumérée »⁽²⁾.

Dans notre cas, la clause d'exclusion est rédigée en ces termes : « Sont également exclus : les troubles d'origine psychique, réactionnels ou non, y compris les crises d'angoisse et dépressions nerveuses, sauf lorsque ces troubles ont entraîné une hospitalisation d'au moins trois jours ».

Ainsi, même si la clause d'exclusion de garantie comprend des expressions parfaitement claires (« dépression nerveuse »), la seule présence de l'expression « troubles psychiques » en son sein suffit néanmoins à considérer comme nulle la clause d'exclusion dans son ensemble.

SOLUTION

Le manque de précision de la clause relative aux « troubles d'origine psychique » ne répond pas aux exigences légales et jurisprudentielles.

L'assuré est bien atteint d'une affection mentionnée dans la clause litigieuse, mais, cette dernière étant nulle, elle ne peut lui être opposée.

Dès lors, l'assureur a été invité à reprendre l'instruction du dossier, conformément aux dispositions contractuelles, sans appliquer la clause d'exclusion invoquée. ■

Assia Lahcen

L'assureur doit rester vigilant : il ne faut pas exclure une liste trop étendue d'affections, au risque de priver la garantie de sa substance.

⁽²⁾ Cass. 2^e Civ., 31 mars 2022, n° 19-24.847, D.



LA CLAUSE D'EXCLUSION COMPORTANT « TEL QUE » N'EST PAS FORMELLE ET LIMITÉE

L'emploi de l'expression « tel que » dans une clause d'exclusion a pour conséquence de la rendre imprécise et ne permet pas à l'assuré de connaître l'étendue de ses garanties. La clause n'est alors ni formelle ni limitée.

CONTEXTE

Une entreprise a effectué divers travaux dans un immeuble appartenant à l'assuré, notamment une réfection de la façade, une réhabilitation intérieure des appartements et des parties communes, ainsi que la création d'un appartement au dernier étage.

L'assuré a constaté l'abandon du chantier et plusieurs malfaçons. Il a alors sollicité son assureur de protection juridique afin de bénéficier d'une prise en charge des frais d'huissier dans le cadre d'un recours à l'encontre de l'entreprise de rénovation.

L'assureur a refusé de faire droit à sa demande au motif que « les litiges résultant de travaux de nature immobilière tels que construction, restauration ou réhabilitation, intérieure ou extérieure, nécessitant une déclaration préalable ou un permis de construire (...) » sont exclus.

ANALYSE

En application de l'article L.113-1 du Code des assurances, toute clause d'exclusion doit être « formelle et limitée ». Pour être formelle, elle doit se référer à des critères précis et à des hypothèses limitativement énumérées⁽¹⁾, et ne doit pas faire l'objet d'une interprétation. Pour être limitée, elle ne doit pas avoir pour effet de vider la garantie accordée de sa substance⁽²⁾.

Les expressions suggérant une liste d'exemples de circonstances exclues, données uniquement à titre indicatif, sont à proscrire dans la rédaction d'une clause d'exclusion.

(1) Cass. 1^{re} Civ., 10 décembre 1996, n° 94-22.125, n° 94-16.957, n° 94-21.477; Cass. 1^{re} Civ., 29 octobre 1984, n° 83-14.464; Cass. 2^e Civ., 6 octobre 2011, n° 10-10.001.

(2) Cass. 1^{re} Civ., 23 juin 1987, n° 85-17010; Cass. 1^{re} Civ., 14 janvier 1992, n° 88-19.313, RGAT 1992, p. 358; Cass. 1^{re} Civ., 15 décembre 1999, n° 97-16.104.

Selon la Cour de cassation, l'exclusion de garantie ne peut être considérée comme précise dès lors qu'elle contient une liste de circonstances seulement indicatives suggérée par l'expression « tels que »⁽³⁾.

En effet, quand bien même le terme qui précède « tels que » est précis, les cas de figure exposés après sont uniquement des exemples dont la liste non limitative a pour effet d'empêcher l'assuré de connaître précisément l'étendue de l'exclusion et, par voie de conséquence, de vider potentiellement la garantie de sa substance.

Quelle qu'en soit la motivation, l'emploi de « tels que » conduit quasi systématiquement à l'invalidation de la clause d'exclusion.

Cette interprétation vaut également pour toute expression induisant une énumération non limitative d'exemples comme : « notamment », « autre » ou « en particulier »⁽⁴⁾.

SOLUTION

La clause exclut les « litiges résultant de travaux de nature immobilière » et énumère plusieurs exemples de travaux entrant dans le champ d'application de l'exclusion introduits par l'expression « tels que ». L'application de cette clause d'exclusion, non formelle et non limitée, doit donc être écartée.

Les conditions d'octroi de la garantie protection juridique étant réunies, l'assureur a été invité à la mobiliser. ■

Diane Ferreira Da Costa

Il est nécessaire de se référer à des critères précis et d'énumérer expressément les hypothèses exclues de la garantie, le cas échéant, sous forme de liste exhaustive et limitative.

(3) Cass. 2^e Civ., 11 février 2021, n° 19-23.977.

(4) Le régime des exclusions Ouvrage « Le Contrat d'assurance », septembre 2014, Bigot J., Mayaux L., Heuzé V., Sontag K., Schultz R.



LA SOUSCRIPTION EN LIGNE DOIT PERMETTRE LA MISE EN ŒUVRE DU DEVOIR DE CONSEIL

Pour que le distributeur d'assurance puisse délivrer un conseil adapté à l'assuré, il incombe à ce dernier d'exprimer précisément ses besoins avant la conclusion du contrat. Encore faut-il qu'il puisse le faire lors de la souscription d'un contrat en ligne.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit, sur le site internet d'un assureur géré par un courtier délégataire, un contrat d'assurance voyage afin de garantir son séjour à La Réunion.

À la suite de la maladie de son fils, l'assuré a été contraint d'annuler son voyage. Il sollicite l'indemnisation de ses frais d'annulation au titre de la garantie annulation prévue par son contrat.

L'assureur refuse de mettre en œuvre la garantie, au motif que le contrat d'assurance a été souscrit quatre-vingt-deux jours après la réservation des billets. Or, la condition d'application de la garantie annulation prévoit que le contrat doit être souscrit le jour même de la réservation du voyage, et au plus tard dans les quarante-huit heures.

ANALYSE

En vertu de l'article L.521-4 du Code des assurances, « Le distributeur conseille un contrat qui est cohérent avec les exigences et les besoins du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel et précise les raisons qui motivent ce conseil ».

Le courtier d'assurance est donc débiteur d'un devoir de conseil avant la souscription du contrat. À ce titre, il doit recueillir les exigences et besoins de l'assuré sur le site internet afin de lui donner le conseil le plus adapté à sa situation.

Or, dans notre cas, le site internet exploité pour le compte de l'assureur, sur lequel le candidat à l'assurance se rend pour souscrire le contrat, ne permet pas de renseigner la date de réservation du voyage. Il s'agit pourtant d'un élément capital pour déterminer si les besoins de l'assuré entrent bien dans le champ des conditions spécifiques de ce contrat.

L'assureur doit mettre à disposition sur son site internet tous les champs nécessaires à l'assuré pour exprimer ses exigences et besoins. Les éléments essentiels composant la garantie et permettant de prodiguer un conseil adéquat doivent pouvoir être précisés, au risque que l'assureur soit exposé à un manquement à son devoir de conseil.

En effet, la date de réservation du voyage conditionne la possibilité de mettre en œuvre une de ses garanties essentielles.

Or, compte tenu de la mauvaise conception du site par l'assureur, le courtier exploitant le site pour le compte de ce dernier n'a pas pu délivrer un conseil adapté aux besoins de l'assuré, ce qui a généré la souscription d'un contrat vidé de l'une de ses garanties principales.

SOLUTION

Selon la notice d'information fournie, le courtier était tenu, par une exclusivité contractuelle, de travailler avec l'assureur. Son manquement (ne pas avoir recueilli d'informations sur la date de réservation du voyage) engage donc la responsabilité civile de l'assureur⁽¹⁾.

Dès lors, l'assureur, civilement responsable de son courtier délégataire, engage sa responsabilité vis-à-vis de l'assuré, car le manquement du courtier au devoir de conseil lui a fait perdre une chance de souscrire un autre contrat d'assurance voyage comportant une garantie annulation de voyage permettant de couvrir son sinistre.

L'assureur devra donc prendre en charge 80 % du montant des frais d'annulation. ■

Sixtine La Fonta

Le courtier délégataire exploitant le site doit, pour éviter à l'assuré de souscrire un contrat inadapté, signaler à l'assureur que l'absence de certains champs sur son site permet des souscriptions n'entrant pas dans la cible du produit.

⁽¹⁾ Article L.511-1 du Code des assurances.



VÉHICULE IMMOBILISÉ : LES COTISATIONS SONT-ELLES DUES ?

Même immobilisé, tout véhicule terrestre à moteur doit être couvert par un contrat d'assurance qui garantit au minimum la responsabilité civile permettant l'indemnisation des dommages causés aux tiers.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile. À la suite de plusieurs sinistres, le véhicule garanti a été immobilisé pour réparations.

L'assuré a sollicité auprès de son assureur le remboursement de la prime d'assurance versée pendant la période d'immobilisation du véhicule chez le garagiste. L'assureur a refusé de répondre favorablement à sa demande.

ANALYSE

L'article L.211-1 du Code des assurances dispose que : « Toute personne physique [...] 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 [...] ».

Cette disposition légale rend ainsi l'assurance obligatoire pour tout véhicule terrestre à moteur, au moins en vue de garantir la responsabilité civile de celui qui y est tenu.

En cas d'immobilisation prolongée du véhicule, le propriétaire peut évaluer l'opportunité de changer sa formule d'assurance pour une solution moins coûteuse (couvrant uniquement la responsabilité civile), sous réserve de l'accord de l'assureur.

En tant que propriétaire du véhicule, l'assuré avait donc l'obligation de justifier au minimum d'une assurance responsabilité civile⁽¹⁾ durant l'immobilisation de son véhicule, afin de couvrir les éventuels dommages matériels et/ou corporels susceptibles d'être causés aux tiers, et ce même si le véhicule ne roulait pas.

En effet, un véhicule, même immobilisé, peut occasionner des dommages à des tiers – il pourrait par exemple contribuer à la propagation d'un incendie à une habitation ou au véhicule d'un tiers.

SOLUTION

L'assureur était donc fondé à refuser le remboursement des cotisations payées pendant la période d'immobilisation du véhicule.

En cas de sinistre survenu au cours de la période d'immobilisation, l'assureur serait intervenu dans la prise en charge de celui-ci, selon les garanties souscrites. ■

Marc Hendel

En cas d'accident de la circulation impliquant un véhicule non assuré, le Fonds de garantie des assurances obligatoires (FGAO) peut, sous certaines conditions, indemniser les dommages causés aux tiers, au titre de la solidarité nationale. Il en demande après le remboursement au conducteur non assuré.

⁽¹⁾ Appelée aussi « assurance au tiers ».



LA RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE APRÈS CESSION DU VÉHICULE ASSURÉ

En cas de vente du véhicule assuré, le contrat d'assurance automobile est suspendu à la date de cession du véhicule, puis résilié de plein droit dans les six mois à compter de cette date. Pour cela, l'assuré doit apporter à l'assureur la preuve de la cession du véhicule.

CONTEXTE

Un assuré a vendu son véhicule et a sollicité la résiliation de son contrat d'assurance automobile auprès de son assureur.

Ce dernier a refusé de procéder à la résiliation, au motif que l'assuré ne lui avait pas communiqué de justificatif attestant de la vente de son véhicule.

L'assuré conteste cette décision et fait valoir que l'assureur doit résilier le contrat d'assurance à la date de vente du véhicule. Il demande, le cas échéant, le remboursement des cotisations d'assurance injustifiées.

ANALYSE

L'article L.121-11 du Code des assurances dispose : « En cas d'aliénation d'un véhicule terrestre à moteur ou de ses remorques, et seulement en ce qui concerne le véhicule aliéné, le contrat d'assurance est suspendu de plein droit à partir du lendemain, à zéro heure, du jour de l'aliénation ; il peut être résilié, moyennant préavis de dix jours, par chacune des parties.

À défaut de remise en vigueur du contrat par accord des parties ou de résiliation par l'une d'elles, la résiliation intervient de plein droit à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'aliénation.

Lors de la vente d'un véhicule, le contrat d'assurance est automatiquement suspendu dès le lendemain de l'information de l'assureur par l'assuré. Cependant, ce dernier ne pourra se prévaloir de la suspension des garanties puis de la résiliation de son contrat, pour obtenir le remboursement des cotisations dues postérieurement à cette information, que s'il a prouvé la cession de son véhicule.

L'assuré doit informer l'assureur, par lettre, message sur support durable ou moyen prévu à l'article L.113-14, de la date d'aliénation [...] ».

L'article précité impose donc à l'assuré d'informer l'assureur de la date d'aliénation, selon les modalités prévues à l'article L.113-14 du Code des assurances (lettre ou support durable). La jurisprudence⁽¹⁾ précise à ce sujet que l'assuré doit également prouver l'aliénation, faute de quoi la procédure de suspension des garanties, puis la résiliation de plein droit du contrat ne peuvent être invoquées.

L'assuré a bien informé son assureur, par lettre recommandée, de la vente de son véhicule. L'assureur a accusé réception de ce courrier et a demandé à l'assuré de lui communiquer un justificatif de cession du véhicule afin de faire droit à sa demande de résiliation. L'assuré n'a jamais transmis l'acte de cession.

SOLUTION

Faute de preuve de l'aliénation dans les six mois suivant l'information donnée à l'assureur, l'assuré ne pouvait donc se prévaloir de la suspension des garanties et de la résiliation de plein droit de son contrat à l'expiration d'un délai de six mois pour obtenir le remboursement des cotisations échues après cette information. ■

Marie-Sixtine Arnauld des Lions

⁽¹⁾ Cass. crim., 15 mai 2018, n° 17-82.093.



LA COTISATION PEUT ÊTRE CONSERVÉE COMME PÉNALITÉ EN CAS DE RÉSILIATION POUR NON-PAIEMENT

Si l'assuré ne paye pas ses primes d'assurance, les dispositions contractuelles peuvent prévoir qu'il reste débiteur du reliquat de la cotisation annuelle à titre de pénalité, alors même que la part de prime conservée s'étend au-delà de la résiliation.

CONTEXTE

Un assureur a procédé à la résiliation du contrat d'assurance multirisque habitation souscrit par son assuré, en raison du non-paiement de la prime d'assurance par ce dernier.

L'assuré a réglé la totalité de la prime annuelle après l'effectivité de la résiliation et a sollicité la remise en vigueur du contrat ou le remboursement de son règlement.

L'assureur a refusé de remettre le contrat en vigueur, en rappelant que le règlement de la cotisation aurait dû intervenir avant la résiliation du contrat, soit dans le délai de quarante jours suivant l'envoi de la mise en demeure de payer.

Il a également indiqué à l'assuré qu'il ne lui rembourserait pas la prime versée, cette dernière étant exigible à titre de pénalité, conformément aux dispositions contractuelles.

ANALYSE

La faculté donnée à l'assureur de résilier le contrat d'assurance pour non-paiement de la prime est encadrée par l'article L.113-3 du Code des assurances. Ce dernier prévoit une procédure assortie de délais stricts. Elle permet à l'assuré de régulariser l'impayé sous quarante jours après l'envoi du courrier de mise en demeure de l'assureur, avant que la résiliation ne soit effective.

En l'espèce, l'assureur apporte la preuve qu'il a bien respecté la procédure décrite à l'article susvisé. Tout règlement postérieur à la résiliation de la part de l'assuré ne peut donc contraindre l'assureur à remettre le contrat d'assurance en vigueur.

La pénalité contractuelle sollicitée en cas de résiliation pour non-paiement de la prime d'assurance ne peut excéder six mois de cotisations pour les contrats multirisque habitation et automobile.

Par ailleurs, l'assureur peut conserver la prime d'assurance à titre de pénalité si le contrat prévoit de telles dispositions.

En effet, il est admis par la jurisprudence que l'assureur peut insérer une clause dans les conditions générales, prévoyant que l'assuré restera redevable du reliquat de la cotisation pour la période postérieure à la résiliation⁽¹⁾.

Les dispositions contractuelles prévoient ici que l'envoi de la lettre de mise en demeure rend exigible la totalité de la cotisation annuelle, en cas de fractionnement.

Cependant, pour les contrats multirisque habitation et automobile, le recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la fédération France Assureurs incite à limiter cette prime conservée à titre de pénalité par l'assureur à six mois maximum.

SOLUTION

L'assureur était fondé à conserver le règlement de l'assuré à titre de pénalité contractuelle. Cependant, il a été invité à respecter le recueil précité, et donc à limiter sa pénalité à six mois. ■

Anna Brousse

La régularisation de sa cotisation d'assurance par l'assuré, après résiliation pour non-paiement, ne lui permet pas d'obtenir de l'assureur la remise en vigueur de son contrat (sauf accord dérogatoire particulier de ce dernier).

⁽¹⁾ Cass. 2^e Civ., 16 juin 2011, n^o 10-21.078.



L'ENCADREMENT DES FRAIS SOLLICITÉS APRÈS LA RÉSILIATION DU CONTRAT POUR NON-PAIEMENT

En cas de résiliation du contrat d'assurance pour non-paiement de prime, l'assureur peut réclamer, en plus du montant de la cotisation normalement due jusqu'à l'échéance annuelle, le remboursement de certains frais qu'il a engagés lors de la procédure de mise en demeure. Le versement de ces frais par l'assuré est encadré.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile par l'intermédiaire d'un courtier agissant par délégation de l'assureur, auprès duquel il a réglé la première cotisation.

Les mois suivants, le prélèvement a été rejeté et le courtier a mis en demeure l'assuré de régler une somme correspondant à la prime annuelle de ce contrat. Une société de recouvrement est également intervenue.

En l'absence de paiement, le contrat a été résilié et une nouvelle demande de paiement de la prime annuelle a été adressée à l'assuré. Ce dernier a demandé des explications, ne comprenant pas la somme sollicitée.

L'assureur a alors détaillé sa demande : il réclame les primes, même postérieures à la prise d'effet de la résiliation, ainsi que des frais de recouvrement.

ANALYSE

Les dispositions contractuelles prévoyaient, en cas de résiliation pour non-paiement des primes, la conservation par l'assureur de la portion de cotisation relative à la période postérieure à la date d'effet de la résiliation.

Cela étant, les assureurs se sont engagés à ce que l'indemnité de résiliation ne soit pas supérieure à six mois de cotisations pour les contrats d'assurance automobile et les contrats multirisques habitation⁽¹⁾.

Le contrat d'assurance automobile ayant été résilié le 9 juin (quarante jours après la mise en demeure), la pénalité due au titre de la résiliation pour non-paiement ne pouvait donc s'étendre que jusqu'au 9 décembre suivant.

Les assureurs doivent limiter le montant des pénalités dues au titre du non-paiement des primes à six mois de cotisation pour les contrats d'assurance automobile et les contrats multirisques habitation.

(1) Engagement n° 5 du Recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de France Assureurs.

Concernant les frais de recouvrement mis à la charge de l'assuré, « Il résulte [des dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances], qui autorise l'assureur à suspendre puis résilier le contrat en cas de non-paiement des primes, que l'assureur peut exiger le paiement des frais de poursuite et de recouvrement, sans titre exécutoire, dans l'hypothèse où le contrat d'assurance, suspendu selon la procédure prévue à l'alinéa 2 de l'article précité, n'a pas été résilié »⁽²⁾.

L'assureur peut donc prévoir au contrat une clause mettant à la charge de l'assuré les frais de recouvrement en cas de résiliation pour non-paiement de la prime, mais l'article L.121-21 du Code de la consommation en limite, pour l'assuré, la prise en charge aux actes dont l'accomplissement est prescrit par la loi.

En effet, les règles en matière d'assurance imposent uniquement à l'assureur d'envoyer une lettre recommandée pour mettre en demeure l'assuré de payer la cotisation due⁽³⁾. Ainsi, seuls les frais occasionnés par l'envoi de la mise en demeure (acte prescrit par la loi) peuvent être imputés à l'assuré.

SOLUTION

L'assureur a été invité à déduire de sa demande de cotisation tout montant allant au-delà du 9 décembre, pour respecter le maximum de six mois prévu par le Recueil des engagements déontologiques des assureurs.

S'agissant des frais de recouvrement réclamés, l'assureur ne peut solliciter que les frais engagés pour l'envoi de la lettre recommandée, et non pas les frais de la société de recouvrement. ■

Séverine Caragliu

Si l'assureur choisit d'engager une procédure de recouvrement lors du non-paiement de prime, les frais associés ne peuvent pas être imputés à l'assuré si le contrat a été résilié à l'issue des démarches, car ils ne résultent pas d'un acte prescrit par la loi.

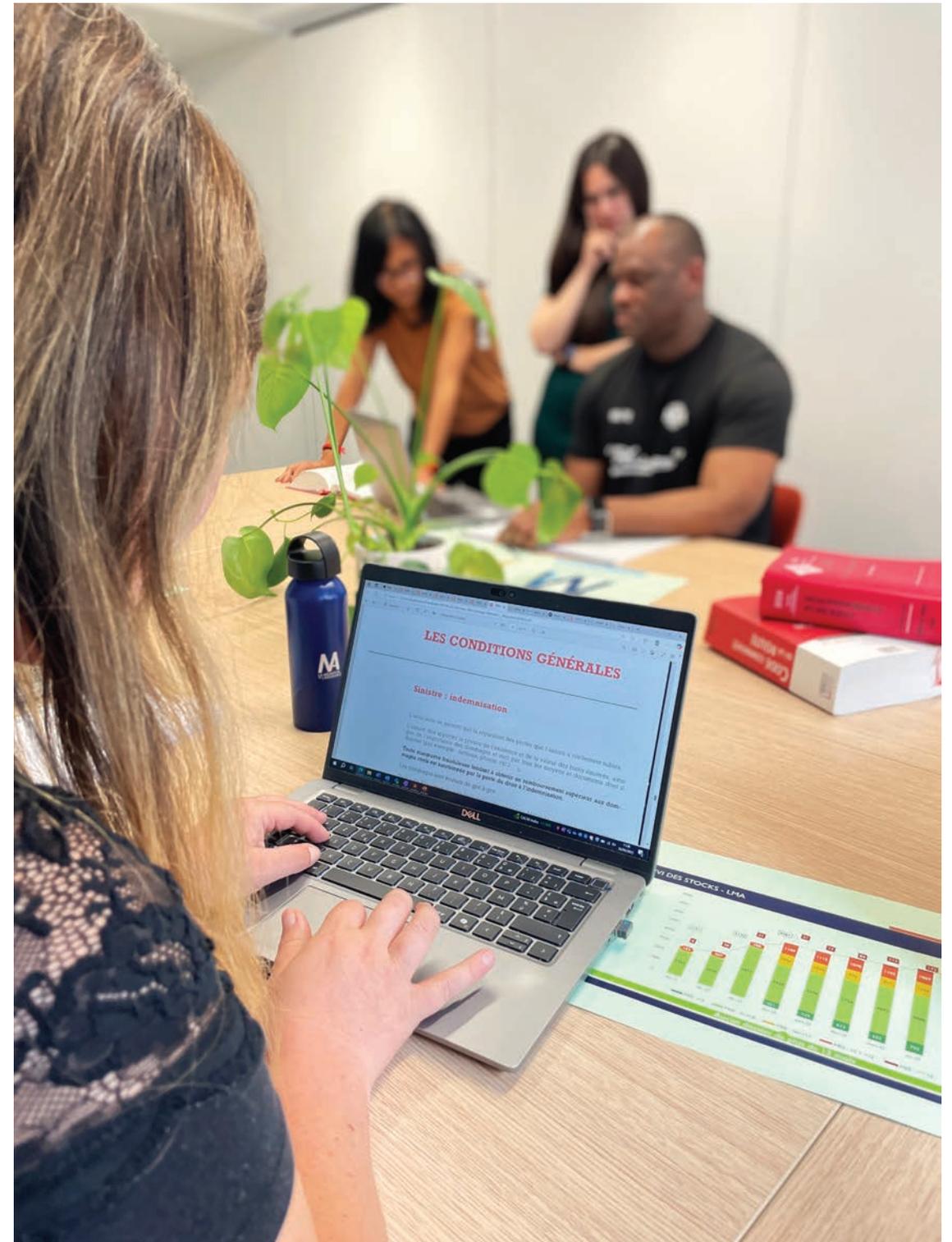
(2) Réponse ministérielle du 13 mars 2000.

(3) Article R.113-1 du Code des assurances.

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

5B

L'APPLICATION DU CONTRAT





L'ASSURÉ DISPOSE LIBREMENT DE L'INDEMNITÉ EN CAS D'ACCIDENT NON RESPONSABLE

En assurance automobile, l'assuré peut choisir de ne pas réparer son véhicule après un accident non responsable. Toutefois, l'assureur ne peut pas réduire l'indemnité pour cette raison. L'assuré dispose librement de l'indemnité qui lui est versée.

CONTEXTE

Afin de garantir son véhicule, un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile, ne comportant pas de garantie dommages au véhicule.

Il est victime d'un accident de la circulation dont il n'est pas responsable. Il déclare donc le sinistre à son assureur qui, en application de la garantie recours, fait expertiser le véhicule. Les dommages sont évalués à 2 700 euros. L'assureur verse à l'assuré, à titre d'avance sur recours, une indemnité de 1 030 euros après déduction de la TVA, tenant compte du fait que l'assuré ne souhaite pas procéder aux réparations.

L'assuré conteste le montant de l'indemnité versée, car il estime que celle-ci doit être fondée sur le rapport initial de l'expert. L'assureur maintient que ce rapport était provisoire et que l'indemnité doit être calculée selon le rapport rectificatif, établi à la suite de la décision de l'assuré de ne pas procéder aux réparations. L'indemnité est alors portée à 1 310 euros après remboursement de la TVA.

ANALYSE

Selon une jurisprudence constante de la Cour de cassation, l'assureur a une obligation de somme d'argent et il ne saurait exercer un droit de contrôle sur l'indemnité. Ainsi, l'assuré peut disposer librement de son indemnité d'assurance. En effet, il a été jugé que « s'il est loisible à l'assureur de prévoir en cas d'assurance aux biens, que l'indemnité d'assurance sera affectée à la remise en état du bien ou pour son remplacement, la victime d'un dommage peut disposer librement de l'indemnité qui lui est due par l'assureur »⁽¹⁾.

L'assureur doit verser à l'assuré victime une indemnité conforme à l'évaluation initiale de l'expert.

⁽¹⁾ Cass. 2^e Civ., 29 juin 2017, n^o 16-19.511.

La Cour de cassation rappelle par ailleurs que « le principe de réparation intégrale n'implique pas de contrôle sur l'utilisation des fonds alloués à la victime qui conserve leur libre utilisation »⁽²⁾.

Un arrêt qui subordonne le montant de l'indemnisation allouée à la victime à la fourniture par celle-ci de justificatifs des dépenses effectives, au fur et à mesure de leur engagement, encourt donc la censure⁽³⁾.

SOLUTION

Au regard de la jurisprudence précitée, l'assureur n'était pas fondé à diminuer le montant de cette indemnité sous prétexte que l'assuré ne souhaitait pas procéder aux réparations de son véhicule.

En se référant au rapport initial de l'expert, l'assureur devait verser une indemnité complémentaire correspondant à l'évaluation initiale des dommages, indépendamment de la décision de l'assuré de ne pas procéder aux réparations. ■

Yaya Mendy

L'assuré a le droit de disposer librement de l'indemnité d'assurance et l'assureur ne peut imposer de conditions quant à l'utilisation de cette indemnité.

⁽²⁾ Cass. 2^e Civ., 7 juillet 2011, n^o 10-20.373.

⁽³⁾ Crim., 2 juin 2015, F-P+B, n^o 14-83.967.



TRANSPORTEUR OU ASSUREUR : QUI EST RESPONSABLE EN CAS DE PERTE DU TÉLÉPHONE DURANT LE TRANSPORT ?

En cas de dommage subi par le téléphone assuré, si l'assureur a prépayé une étiquette d'envoi à destination de l'un de ses centres de réparation agréés, il ne peut être tenu responsable si le téléphone est perdu ou volé au cours du transport.

CONTEXTE

Un assuré, soucieux de protéger son téléphone mobile contre d'éventuels dommages, a souscrit un contrat d'assurance spécifique afin de garantir son appareil. Après avoir accidentellement fait tomber son téléphone dans le métro, l'assuré a déclaré un sinistre casse à son assureur.

Comme le prévoyait son contrat, l'assuré a été invité à envoyer son téléphone endommagé, en respectant les préconisations d'emballage, au centre de réparation agréé par l'assureur, afin qu'il soit diagnostiqué. Cependant, lorsque le colis est parvenu au centre de réparation, il a été constaté que ce dernier était vide.

Face à cette situation, l'assureur a refusé la demande de prise en charge du sinistre.

ANALYSE

Le contrat d'assurance souscrit couvre les dommages subis par l'appareil garanti, s'ils résultent d'une liste d'événements déterminés. Par ailleurs, la notice d'information garantit le vol à la sauvette (si le téléphone est « posé dans un rayon maximum de 2 mètres de l'assuré »), le vol à la tire (prélevé « de la poche d'un vêtement ou d'un sac porté par l'assuré »), le vol avec agression, le vol avec effraction et le vol par introduction clandestine.

Si l'assuré souhaite mobiliser le contrat d'assurance souscrit en cas de disparition de l'appareil durant le transport, il doit vérifier que ce dernier prévoit une garantie à cet effet.

Néanmoins, le contrat d'assurance précise que ni l'assureur ni le centre de réparation ne peuvent être tenus responsables des dommages causés par un colis défectueux en raison d'un emballage non conforme. Également, dans le cas où un colis arrive vide à réception, le contrat prévoit l'absence de responsabilité de l'assureur et du centre de réparation en cas de faute du transporteur ou de l'assuré.

Cela étant précisé, la preuve que les conditions de garanties sont réunies incombe à l'assuré, en vertu de l'article 1353 du Code civil.

Dans notre cas, l'assuré a fourni la preuve du dépôt attestant de l'envoi du colis et affirme avoir respecté les consignes d'emballage prescrites. Le centre de réparation a cependant confirmé que le colis reçu était vide.

Ainsi, la disparition au cours du transport par voie postale ne rentre pas dans le champ d'application des garanties prévues au contrat.

SOLUTION

La perte du téléphone durant le transport relève de la responsabilité du transporteur et non de celle de l'assureur. Ce dernier n'est donc pas tenu d'intervenir. L'assuré a été invité à adresser une réclamation auprès du transporteur afin d'être éventuellement indemnisé de la perte de son téléphone. ■

Paola Brandolini

En l'absence de garantie pendant le transport, l'assuré doit orienter sa démarche de recours auprès du transporteur, et non auprès de l'assureur.



VOL DE BAGAGES : UNE EFFRACTION OU UNE AGRESSION PEUT ÊTRE EXIGÉE

La couverture dont bénéficie l'assuré peut varier d'un contrat à l'autre. Le champ des garanties se trouve en pratique délimité par les conditions de garantie et les exclusions stipulées dans le contrat.

CONTEXTE

Au retour d'un voyage à l'étranger, un assuré s'est fait voler sa valise dans un TGV.

Selon ses déclarations, la valise se trouvait dans le compartiment à bagages situé entre les wagons, non visible depuis son siège.

Après avoir déposé plainte pour vol, l'assuré a sollicité la mise en œuvre du contrat d'assurance qu'il avait souscrit spécialement pour son voyage.

L'assureur lui a opposé un refus de prise en charge, au motif que le vol de sa valise n'était pas survenu dans des circonstances garanties par le contrat.

ANALYSE

Au titre de la garantie « bagages et effets personnels », le contrat couvrait le « vol des bagages et/ou effets personnels suite à une effraction ou une agression ».

L'assuré doit prendre connaissance des conditions de garantie et des exclusions mentionnées dans les documents qui lui ont été remis, car elles lui permettent de connaître l'étendue de la couverture dont il bénéficie.

Ainsi, s'agissant d'une condition nécessaire à la mise en œuvre de la garantie, l'assuré devait démontrer, conformément à l'article 1353 du Code civil, que le vol de sa valise était survenu à la suite d'une effraction ou d'une agression.

Or, les circonstances déclarées par l'assuré ne permettaient pas de caractériser l'existence d'une effraction ou d'une agression préalable au vol.

SOLUTION

L'assureur ne peut être tenu de garantir un sinistre qui n'entre pas dans le champ des garanties stipulées dans le contrat.

Aussi, dès lors que les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la garantie « bagages et effets personnels » n'étaient pas réunies, l'assureur était légitime à refuser toute prise en charge. ■

Tiphaine Guiot

L'assuré doit rester vigilant lors de son voyage, car selon les circonstances du sinistre et les stipulations de son contrat d'assurance, le vol de ses bagages ne sera pas systématiquement couvert.



LES MALADIES ANTÉRIEUREMENT CONSTITUÉES, SOURCE D'EXCLUSION

En vertu de la liberté contractuelle, l'assureur est libre de déterminer les risques qu'il entend ou non garantir. Les conditions de garantie et les exclusions de garantie, mentionnées au sein du contrat, viennent délimiter la couverture offerte.

CONTEXTE

Après avoir réservé un voyage à destination des États-Unis, une assurée a souscrit un contrat d'assurance voyage, comportant notamment une garantie « rapatriement ou transport sanitaire ».

Au cours du séjour, son époux est victime d'une affection médicale qui nécessite une intervention chirurgicale. Le couple interrompt alors son voyage et sollicite de l'assureur la prise en charge des frais de rapatriement en France.

Ce dernier leur oppose un refus de garantie, au motif que les circonstances dans lesquelles s'inscrit leur demande relèvent d'une exclusion de garantie contractuelle.

ANALYSE

Au titre de la garantie « rapatriement ou transport sanitaire », le contrat souscrit prévoit : « Vous êtes blessé ou atteint d'une maladie, y compris dans le cadre d'une épidémie ou d'une pandémie, lors d'un déplacement garanti. Nous organisons et prenons en charge votre rapatriement au domicile ou dans un établissement hospitalier proche de chez vous. [...] Lors de votre rapatriement, et sur prescription de notre médecin-conseil, nous organisons et prenons en charge le transport d'un accompagnant à vos côtés ».

Néanmoins, le contrat stipule également : « Ne donnent pas lieu à notre intervention : [...] Les maladies antérieurement constituées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la date de départ en voyage ».

L'assuré doit porter une attention particulière aux documents précontractuels et contractuels qui lui ont été remis et faire preuve de vigilance dans la lecture des clauses d'exclusion mentionnées, afin de connaître l'étendue de sa couverture.

Si en vertu de l'article 1353 du Code civil, il appartient à l'assuré d'apporter la preuve que les conditions de mise en jeu de la garantie dont il demande l'application sont réunies, c'est à l'assureur qu'il incombe de prouver que celles de l'exclusion de garantie qu'il invoque sont remplies.

Ainsi, l'assureur doit rapporter la preuve que la demande de rapatriement est consécutive à une maladie antérieurement constituée, laquelle a entraîné une hospitalisation de l'époux dans les 6 mois précédant la date de départ en voyage.

Les parties ne contestent pas le fait que la demande de rapatriement trouve son origine dans une maladie dont souffre l'époux à l'occasion d'un voyage garanti.

Toutefois, selon les conclusions du médecin-conseil, cette pathologie préexistait au séjour et avait entraîné l'hospitalisation de l'époux au cours des six mois précédant la date de départ en voyage.

SOLUTION

L'article L.113-5 du Code des assurances impose à l'assureur de délivrer la prestation contractuellement prévue en cas de sinistre, mais il ne peut être tenu au-delà. Dès lors, en présence d'une clause d'exclusion applicable, l'assureur peut légitimement refuser de mobiliser la garantie. ■

Joanna Audisio

Pour être valable, toute clause d'exclusion doit être formelle et limitée⁽¹⁾, et figurer en caractères très apparents⁽²⁾. Pour être opposable à l'assuré, elle doit avoir été portée à sa connaissance au moment de la souscription ou a minima antérieurement à la réalisation du sinistre⁽³⁾.

⁽¹⁾ Article L.113-1 du Code des assurances.

⁽²⁾ Article L.112-4 du Code des assurances.

⁽³⁾ Cass. 2^e Civ., 20 janvier 2022, n^o 20-16.752.



L'ÉTAT DE GROSSESSE NE CONSTITUE PAS UNE PATHOLOGIE EN SOI

La preuve que les conditions de mise en œuvre d'une garantie au contrat sont réunies doit être rapportée par l'assuré. Aussi, une grossesse n'entraîne pas, de fait, la délivrance par l'assureur d'une garantie annulation voyage.

CONTEXTE

Une assurée a réservé un voyage au moyen de sa carte bancaire, à laquelle est attaché un contrat d'assurance, comportant notamment une garantie modification ou annulation de voyage.

Avant la date de départ, elle procède à l'annulation de son séjour en raison de l'état avancé de sa grossesse. Elle sollicite alors auprès de l'assureur le remboursement des frais d'annulation restés à sa charge.

L'assureur lui oppose un refus de garantie, au motif que l'événement à l'origine de sa demande n'est pas couvert par le contrat.

ANALYSE

La garantie modification ou annulation de voyage du contrat stipule que l'indemnisation de l'assuré, à hauteur de ses frais d'annulation au titre de son voyage garanti, est notamment due en cas d'altération de santé garantie de l'assuré lui-même, ou de son conjoint.

La notion d'« altération de santé garantie » est contractuellement définie en ces termes : « Accident ou maladie faisant l'objet d'une consultation réalisée préalablement à [...] l'annulation du Voyage Garanti, par une autorité médicale habilitée constatant la pathologie empêchant de voyager à la date de départ du Voyage Garanti et impliquant :

– la cessation de toute activité professionnelle,

ou

– le maintien à domicile de la personne concernée, et nécessitant dans ces deux cas des soins appropriés ».

L'assuré doit prendre connaissance des conditions de garantie et des exclusions mentionnées dans les documents qui lui ont été remis, car elles lui permettent de connaître l'étendue de la couverture dont il bénéficie.

Aussi, seule une pathologie constatée par un médecin impliquant une cessation de toute activité professionnelle ou un maintien à domicile, ainsi que des soins appropriés, peut permettre la mobilisation de la garantie.

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient à l'assurée d'apporter la preuve que les conditions de mise en œuvre de la garantie, dont elle demande l'application, sont réunies.

Les conclusions du médecin-conseil indiquent que la grossesse avancée de l'assurée constituait un état de santé physiologique et non pathologique. Au surplus, l'assurée ne rapportait pas la preuve que des soins appropriés avaient été prescrits par un médecin.

Dès lors, l'événement à l'origine de l'annulation du voyage ne pouvait être qualifié d'« altération de santé garantie », au sens du contrat.

SOLUTION

Les conditions nécessaires à la mise en œuvre de la garantie modification ou annulation de voyage n'étant pas réunies, l'assureur était légitime à refuser toute prise en charge du sinistre. ■

Elise Bonnard

L'article L.113-5 du Code des assurances impose à l'assureur de délivrer la prestation contractuellement prévue en cas de sinistre, mais il ne peut être tenu au-delà.



L'ACTE NÉGATIF DE L'ASSURÉ PEUT ÊTRE CONSIDÉRÉ COMME UNE FAUTE DOLOSIVE

Un acte négatif, comme une abstention délibérée, peut être considéré comme une faute dolosive, lorsque l'assuré a conscience que les conséquences dommageables de cet acte sont inéluctables.

CONTEXTE

Un camion de livraison de matériaux de construction est tombé dans un ravin à la suite de l'effondrement d'un pont situé sur le chemin desservant la propriété d'un assuré.

L'assureur de la société de livraison a mis en cause la responsabilité civile du propriétaire du chemin. Ce dernier a été condamné par les tribunaux à payer une somme en réparation des conséquences dommageables de l'accident. Son assureur multirisque habitation a cependant refusé d'intervenir au titre de sa garantie responsabilité civile vie privée, en invoquant une faute dolosive commise par le propriétaire assuré.

ANALYSE

L'article L.113-1 du Code des assurances dispose en son alinéa 2 que « l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ».

La Cour de cassation considère que la faute dolosive est caractérisée lorsque l'assuré a commis un acte délibéré avec la conscience du caractère inéluctable de ses conséquences dommageables⁽¹⁾. La faute dolosive se caractérise ainsi au moyen de deux critères : un comportement et ses conséquences.

Le comportement de l'assuré peut être, soit un agissement, soit une abstention délibérée. En effet, la Cour de cassation a admis que l'acte délibéré pouvait être caractérisé en cas d'acte négatif⁽²⁾.

Lorsque l'assuré a commis un acte délibéré avec la conscience du caractère inéluctable de ses conséquences dommageables, l'assureur n'est pas tenu d'intervenir dans la prise en charge des dommages.

⁽¹⁾ Cass. 2^e Civ., 10 novembre 2021, n^o 19-12659; Cass. 2^e Civ., 20 janvier 2022, n^o 20-13245.

⁽²⁾ Cass. 2^e Civ., 25 octobre 2018, n^o 16-23.103.

Dans notre cas, la mairie de la commune avait édicté une interdiction de circulation sur le pont sinistré pour les véhicules de plus de 1,5 tonne. Le maire avait alors demandé aux propriétaires riverains d'entreprendre des travaux indispensables pour consolider le pont. Le propriétaire assuré connaissait donc la fragilité du pont et l'existence d'un arrêté interdisant la circulation de véhicules de plus de 1,5 tonne sur cet édifice, puisqu'il avait été mis en demeure de le réparer.

Ainsi, l'assuré a omis d'informer préalablement le livreur de l'existence d'une restriction quant au tonnage autorisé et s'est volontairement abstenu d'empêcher celui-ci de franchir le pont, alors même qu'il connaissait son état de fragilité depuis plusieurs années.

Au regard de la jurisprudence actuelle, le fait de ne pas informer le livreur de l'interdiction de circuler sur la construction constitue un acte négatif, qui peut être caractérisé d'acte délibéré.

Enfin, l'assuré avait alerté la commune à plusieurs reprises de l'état de dégradation du pont avant la survenance de l'accident. Il avait donc conscience que le pont allait s'écrouler en raison des passages répétés du camion de livraison et donc du caractère inéluctable des conséquences dommageables au dernier passage supporté par le pont.

SOLUTION

Les deux conditions de la faute dolosive étaient réunies (un comportement et une conséquence). Cette dernière a donc été retenue, excluant toute intervention de l'assureur dans la prise en charge du sinistre. ■

Alexis Vendé

L'acte délibéré peut être une abstention. Ainsi, un acte négatif, comme le fait de dissimuler une interdiction de circuler à un livreur sur un ouvrage présentant un péril imminent et l'exposant à des conséquences dommageables, peut être considéré comme un acte délibéré.

SANDRA MORIN

JURISTE RÉFÉRENTE
Pôle Santé et Prévoyance



Pouvez-vous me parler de votre parcours (formation, parcours professionnel) ?

J'ai suivi initialement une formation en droit pénal (master 2 droit pénal, concours du Barreau). J'ai donc commencé ma vie professionnelle en tant qu'avocate, profession que j'ai exercée pendant dix ans. Dans le dernier cabinet d'avocats où j'ai travaillé avant de rejoindre la Médiation de l'Assurance, je travaillais, entre autres, pour les assureurs clients du cabinet. À cette occasion je suis notamment intervenue pour des assurés dans le cadre de contrats d'assurance de protection juridique. J'aimais beaucoup ce métier d'avocat, pour ses aspects juridiques et techniques et le contact avec les clients, mais la gestion d'un cabinet ne m'intéressait pas.

La finalité, dans cette profession, étant de monter sa propre structure, je savais que je la quitterai un jour.

C'est dans ce contexte que je suis tombée sur une annonce de la Médiation de l'Assurance qui recrutait un Juriste référent. Elle a retenu mon attention par l'aspect très juridique du poste, le sens de la mission proposée qui me permettait de continuer à aider les gens, même si c'était d'une autre façon, mais aussi par l'aspect de transmission de connaissances, que je mettais aussi beaucoup en œuvre auprès de jeunes confrères quand j'étais avocate. C'est ainsi que je me suis lancée dans ce changement de carrière.

Quelle fonction occupez-vous au sein de LMA et quelles sont vos missions ?

Je suis Juriste Référente au sein du pôle Santé et Prévoyance de la Médiation de l'Assurance. J'ai deux missions principales. D'abord, le management et le pilotage d'activité, puisque je suis chargée de gérer une équipe de quatre juristes, en assurant leur montée en compétences.

Ma seconde mission découle de cet aspect du management, car elle consiste à accompagner les juristes dans la rédaction des propositions de solution pour les

dossiers de leur portefeuille. J'interviens en soutien technique pour l'équipe, et je relis également les propositions de solution rédigées par les juristes pour assurer la collégialité des décisions dont le Médiateur parle régulièrement, qui permet d'avoir des positions juridiquement solides.

Quels aspects de votre travail appréciez-vous le plus ?

J'aime l'accompagnement à la montée en compétence. C'est quelque chose que j'ai toujours aimé, déjà dans mon métier d'avocate avec de jeunes confrères. J'aime transmettre, aider et savoir que j'apporte une pierre à l'édifice de la carrière de quelqu'un en l'aidant à améliorer son expertise dans le domaine dans lequel on intervient. J'aime aussi le côté technique des dossiers.

Presque chaque dossier est l'occasion de se poser des questions, de faire des recherches pour apporter une réponse juste à l'assuré. Même quand on pense avoir tout vu, quelqu'un nous interroge sur un sujet sous un angle nouveau qu'on n'avait jamais envisagé. Cela demande donc de la réflexion et c'est vraiment stimulant intellectuellement.

J'ai quitté un métier passion et c'était très important pour moi de garder un sens à mon travail, et c'est le cas à la Médiation de l'Assurance.

Quelles sont, selon vous, les qualités indispensables pour exercer votre métier ?

La première qualité indispensable, à mon sens, est la **bienveillance**. En premier lieu parce qu'on est manager, donc il faut être bienveillant avec les équipes pour pouvoir les accompagner dans leur travail, les aider à tenir leurs objectifs, notamment en termes de délais. Nous gardons aussi à l'esprit qu'il y a des personnes derrière les dossiers.

Ensuite, il faut faire preuve d'**adaptabilité**. Quand on est manager, on a dans une équipe autant de personnalités que de personnes, donc il faut vraiment s'adapter à chacun.

Enfin, il est nécessaire d'avoir de la **rigueur** parce qu'on a la responsabilité d'une équipe, mais aussi de son activité, des dossiers qui doivent être traités de manière rigoureuse tant sur le plan juridique que sur la forme. ■



6

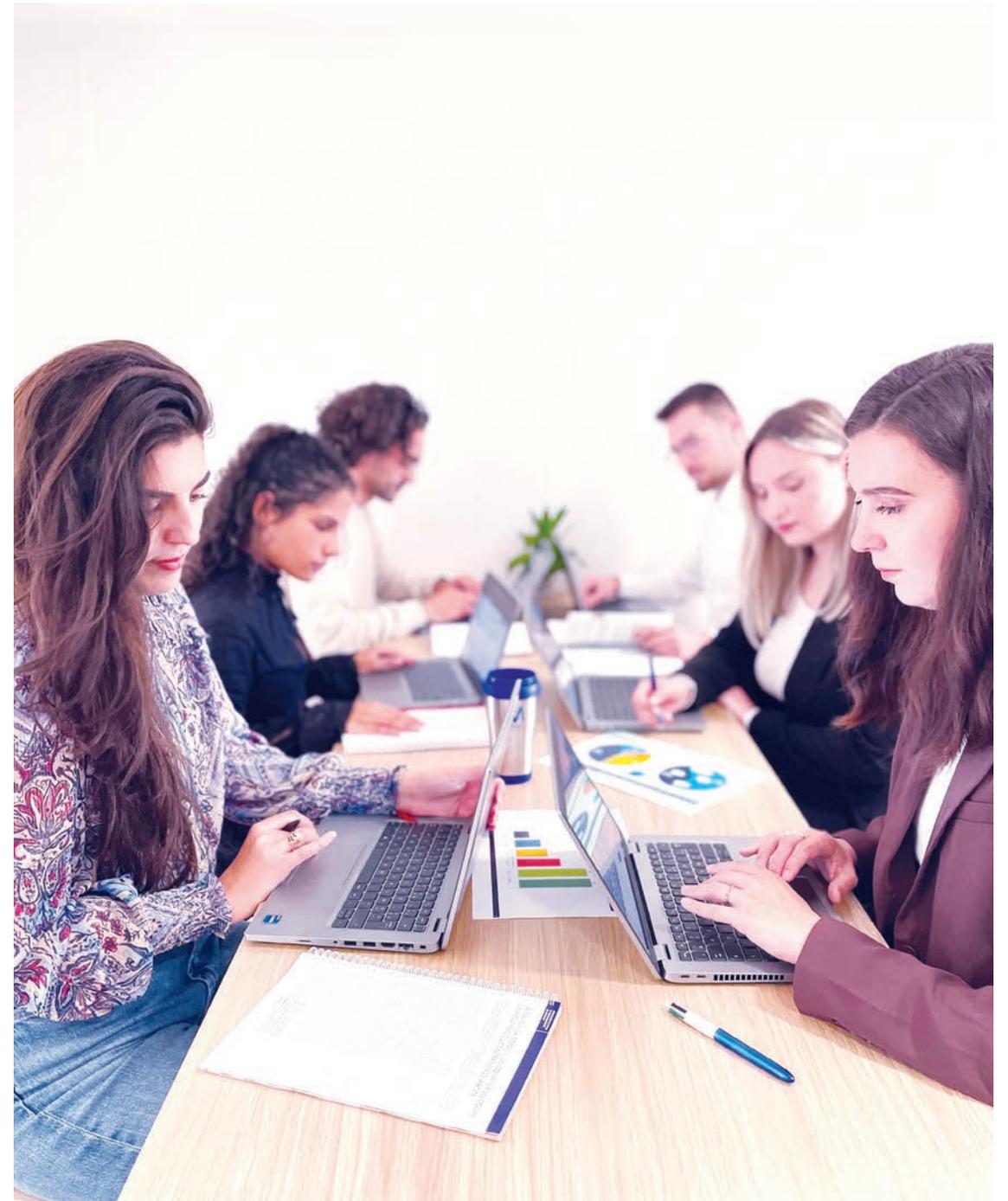
ASSURANCE DE PERSONNES : ÉTUDES DE CAS



LES ÉTUDES DE CAS EN
ASSURANCE DE PERSONNES

6A

LA RELATION
CONTRACTUELLE





QUAND DÉMARRE LE DÉLAI DE RENONCIATION EN L'ABSENCE DE REMISE DES DOCUMENTS CONTRACTUELS ?

Dans le cadre d'une souscription dématérialisée par voie électronique, l'absence de remise des documents contractuels sur un support durable entraîne une prorogation du droit de renonciation de l'assuré.

CONTEXTE

Un assuré constate sur son compte bancaire le prélèvement de cotisations de deux contrats d'assurance auxquels il conteste avoir adhéré. Il sollicite leur annulation avec restitution des cotisations, invoquant n'avoir ni signé les contrats ni reçu les documents contractuels.

Le courtier, délégataire de l'assureur, confirme quant à lui l'adhésion de l'assuré aux deux contrats, souscrits par voie dématérialisée à l'issue d'un démarchage téléphonique. En effet, l'assuré a signé électroniquement les contrats et reçu par SMS, avant les adhésions, un lien lui donnant accès à ses documents contractuels, qui lui ont également été envoyés par courrier.

ANALYSE

La validité des signatures électroniques apposées par l'assuré sur les bulletins d'adhésion n'étant pas contestable, les deux adhésions réalisées à distance ont été valablement formées.

Cependant, pour les contrats conclus à distance, le délai de renonciation de quatorze jours court à compter de la conclusion du contrat, à condition que l'assuré ait été correctement informé des conditions contractuelles et que celles-ci comprennent notamment un modèle de lettre de renonciation⁽¹⁾.

Dans le cadre d'une souscription dématérialisée à distance, le professionnel d'assurance doit s'assurer que les informations sont transmises à l'assuré sur un support durable qui lui permet une accessibilité pérenne à ces informations.

L'assuré peut ainsi correctement et à tout moment prendre connaissance des dispositions de son contrat et de sa faculté d'y renoncer en utilisant le modèle de lettre de renonciation.

⁽¹⁾ Articles L.112-2-1 du Code des assurances et L.222-6 du Code de la consommation.

Si cette information est donnée à l'assuré après la conclusion du contrat, le délai de renonciation commence à courir à partir de la date à laquelle l'assuré a été informé des conditions contractuelles et non à compter de la date de conclusion du contrat.

Ces informations peuvent être fournies sur un support durable⁽²⁾. Ce dernier doit permettre à l'assuré d'avoir accès aux notices d'information conservées de façon pérenne et non modifiable⁽³⁾. Un espace personnel sécurisé sur internet garantissant l'accessibilité des informations et documents constitue un support durable⁽⁴⁾. La Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a néanmoins écarté la mise à disposition de ces informations *via* un lien hypertexte renvoyant sur le site internet d'une entreprise, dès lors que les informations n'étaient ni fournies par l'entreprise ni reçues par le consommateur⁽⁵⁾.

Le courtier n'a pas rapporté la preuve de l'envoi du courrier par lequel les notices d'information auraient été transmises à l'assuré. Par ailleurs, en l'absence de précision permettant de savoir si le lien communiqué par SMS renvoyait vers un espace client sécurisé, il ne pouvait être considéré comme renvoyant vers un support durable selon la définition du Code des assurances et de la CJUE.

SOLUTION

Le courtier ne rapporte pas la preuve qu'il a transmis les notices d'information et le modèle de renonciation sur un support durable. L'assuré bénéficiant toujours de son droit de renonciation, le courtier a été invité à annuler les deux adhésions et à restituer les cotisations perçues. ■

Angéline Bich

⁽²⁾ Article L.222-6 du Code de la consommation.

⁽³⁾ Article L.111-9 du Code des assurances.

⁽⁴⁾ Article L.111-11 du Code des assurances.

⁽⁵⁾ CJUE, arrêt du 5 juillet 2012, affaire C-49/11.



CONDITIONNER L'OCTROI D'UN BONUS À UN POURCENTAGE MINIMUM D'UNITÉS DE COMPTE N'EST PAS DISCRIMINATOIRE

La rémunération des supports en euros des contrats d'assurance vie se fait par la participation aux bénéfices, qui peut être bonifiée selon le taux d'investissement sur les unités de compte au sein du même contrat au jour de l'inscription en compte des intérêts, sans être discriminatoire.

CONTEXTE

Un assureur a mis en place un mécanisme de bonus au titre de la participation aux bénéfices (PB) du fonds en euros des contrats multisupports détenus par certains assurés, octroyant une majoration de 0 à 1,50 % du taux de PB selon le pourcentage de l'épargne investie en unités de compte.

Un assuré a contesté cette mesure de bonification, arguant qu'elle discrimine les clients qui n'ont investi que dans le fonds en euros et a reproché à l'assureur d'avoir dérogé aux dispositions contractuelles qui les lient.

ANALYSE

L'article L.132-29 du Code des assurances fait obligation aux sociétés d'assurance de reverser aux assurés une partie des bénéfices techniques et financiers qu'elles réalisent, dans les conditions fixées aux articles A.132-10 et suivants du Code des assurances.

Si la loi impose de reverser cette participation bénéficiaire aux assurés, la répartition de celle-ci relève toutefois de la décision de la société d'assurance concernée, qui dispose en la matière d'un pouvoir souverain d'attribution, sous réserve du respect d'un montant minimal à attribuer au titre d'un exercice.

La Cour de cassation a confirmé la décision des juges d'appel ayant retenu « qu'aucune disposition légale ou réglementaire spécifique n'impose à l'assureur une règle de répartition de ces bénéfices entre les adhérents d'un même contrat », de sorte qu'une distribution différenciée est possible⁽¹⁾.

L'assureur doit informer ses assurés préalablement à la mise en place d'un système de bonification de la participation aux bénéfices du fonds en euros pour que ceux-ci soient en mesure d'en bénéficier s'ils le souhaitent.

Dans ce cas, il appartient à chaque assuré de vérifier que son investissement en assurance vie respecte les conditions définies par l'assureur, tout en prenant en compte son appétence au risque.

⁽¹⁾ Cass. 2^e Civ., 5 mars 2015, n^o 14-13.130.

Ainsi, l'assuré ne bénéficie pas d'un droit individuel à l'attribution d'une somme déterminée au titre de la participation aux bénéfices. La répartition par l'assureur résulte donc du libre choix de ses instances dirigeantes.

L'arrêt précité a également retenu que seule une stipulation contractuelle contraire peut contraindre l'assureur à opérer une répartition égalitaire des bénéfices techniques et financiers qu'il réalise.

Le contrat ne prévoyait pas un tel engagement de la part de l'assureur. Aussi, la mise en place du bonus de rémunération du fonds en euros n'a conduit à aucune diminution des droits prévus contractuellement lors de l'adhésion de l'assuré.

SOLUTION

L'assureur est libre d'établir des règles d'attribution de la participation aux bénéfices différenciées du fonds en euros selon la situation des assurés, dans le respect des obligations réglementaires. Cela ne peut être considéré comme une pratique discriminatoire.

L'assuré ne remplissait pas les conditions d'octroi de la bonification de la participation aux bénéfices, et n'a pu ni en bénéficier ni recevoir d'indemnité à ce titre. ■

Claudia Raby

L'assureur doit se tenir disponible pour conseiller au mieux ses assurés.



LE MONTANT DES PRIMES PEUT ÉVOLUER EN COURS DE CONTRAT

Dans le cadre d'un contrat de prévoyance, l'assureur peut faire évoluer le montant des cotisations, mais cette augmentation ne peut être laissée à sa discrétion. Il doit informer régulièrement l'assuré du montant des primes dues et du capital garanti.

CONTEXTE

En 1988, un assuré a souscrit un contrat d'assurance destiné à garantir le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive.

En 2014, l'assuré, qui n'a reçu aucune information relative à son contrat depuis plusieurs années, sollicite des précisions concernant les montants du capital décès et des primes dues. L'assureur lui transmet alors un échéancier portant sur la prime annuelle, du 13 juin 2014 au 13 juin 2015. L'assureur lui adresse aussi les conditions particulières du contrat, qui mentionnent les montants du capital prévu en cas de décès et des primes dues de 1989 à 2001.

En 2022, l'assuré constate que le montant des primes prélevées a augmenté. Il sollicite de nouveau les échéanciers relatifs aux primes versées depuis 2001 et aux primes à venir.

Lorsqu'il reçoit ces documents, l'assuré réclame le remboursement des primes prélevées depuis 2014.

ANALYSE

L'assureur a l'obligation de communiquer à l'assuré, chaque année, les montants des capitaux garantis et de la prime du contrat⁽¹⁾. Les conditions particulières qui mentionnent le montant des primes dues sur une période donnée ne libèrent pas l'assureur de cette obligation.

Mentionner dans les documents contractuels, en caractères apparents, les modalités d'augmentation des primes – notamment dans le cas d'une aggravation du risque – ainsi que les indices de référence appliqués permettrait d'attirer davantage l'attention de l'assuré sur ces évolutions et éviter des litiges.

⁽¹⁾ Article L.132-22 du Code des assurances.

De plus, dans le cadre d'un contrat de prévoyance, le montant de la cotisation peut varier en cours de contrat pour tenir compte de l'évolution de l'assiette de la prime ou des risques. Ainsi, l'assureur est libre de procéder à une augmentation tarifaire, dès lors que ce droit s'exerce selon les conditions contractuelles et les modalités prescrites par la législation.

En effet, l'augmentation du montant des primes ne peut être livrée à la discrétion de l'assureur. Cela rendrait l'évolution des primes imprévisible pour le souscripteur. Or, les clauses ayant pour objet ou pour effet de réserver au professionnel le droit de modifier unilatéralement le prix du service à rendre, soit en l'occurrence les cotisations, sont interdites et présumées abusives⁽²⁾.

La Commission des clauses abusives précise⁽³⁾ : « en toute hypothèse l'assureur ne peut sans abus se réserver le droit d'augmenter unilatéralement le taux de la prime pour une cause autre que l'aggravation du risque, sauf au moment du renouvellement du contrat et à condition que l'assuré ait été averti de cette augmentation au plus tard un mois avant le jour où ce dernier sera forclos pour notifier sa volonté de ne pas renouveler le contrat ».

Ainsi, les modalités de révision de la prime d'assurance doivent être fixées au contrat.

Les conditions particulières mentionnaient le montant des primes dues de l'année 1989, date de souscription du contrat, à l'année 2001. Les documents contractuels ne faisaient pas mention des modalités d'augmentation du montant de la prime d'assurance. Par ailleurs, aucun échéancier ni relevé de situation annuelle n'a été transmis au dossier.

SOLUTION

L'assureur ne rapportait pas la preuve que l'assuré avait été informé des modalités d'évolution de ses primes. Les augmentations de primes entre 2001 et 2022 ont donc été effectuées de manière irrégulière.

L'action en répétition de l'indu est soumise au délai de prescription de droit commun. L'assureur a donc été invité à restituer à l'assuré le trop-perçu sur les cotisations prélevées au cours des cinq dernières années. ■

Valérie Preira

⁽²⁾ Article R.212-1 3°) du Code de la consommation.

⁽³⁾ Recommandation n° 85-04 : cette recommandation est relative aux contrats d'assurance multirisque habitation, mais son raisonnement peut être étendu au contrat en cause.



L'INFORMATION DE L'ASSURÉ EN CAS DE MODIFICATION DES GARANTIES D'UN CONTRAT COLLECTIF PAR L'ASSUREUR

Les modifications apportées par l'assureur à un contrat d'assurance de groupe doivent être transmises sur un support durable à l'assuré sous peine de lui être inopposables.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré à un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative destiné à garantir le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

L'assuré a été placé en arrêt de travail. L'assureur refuse la prise en charge du sinistre, au motif que sa pathologie n'est garantie que si celle-ci nécessite une hospitalisation d'au moins une nuitée dans un établissement ou un service hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection. Par ailleurs, l'assureur indique qu'il a adressé à l'assuré, un an après son adhésion, une lettre l'informant de l'évolution de ses garanties.

L'assuré conteste cette décision. Il précise qu'il refuse les nouvelles conditions générales et souhaite conserver celles qu'il a acceptées à l'adhésion.

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. Charge à l'assureur de supporter la preuve de cette information.

L'assureur rapporte bien la preuve qu'il a transmis le courrier d'information préalable, notifiant l'assuré des modifications contractuelles. Cependant, ce dernier n'indique pas que les conditions de mise en œuvre de la garantie ont été revues à la baisse.

En effet, cette lettre informe uniquement l'assuré que les risques psychiatriques sont désormais couverts sans limitation de temps, mais ne précise pas la nécessité d'une hospitalisation d'au moins une nuitée dans un établissement ou un service hospitalier

En cas de modification d'un contrat collectif, l'assureur qui souhaite mettre à disposition de l'assuré des informations et documents (nouvelles conditions de garantie) doit vérifier que ce dernier est en mesure d'en prendre connaissance sur support durable, et en garantir l'accessibilité.

spécialisé dans le traitement de ce type d'affection. Le courrier se contente de renvoyer vers une notice d'information à télécharger sur l'espace client.

Cela signifie que l'assuré devait avoir une démarche active pour accéder à la nouvelle notice d'information.

L'assureur peut mettre à disposition des informations et documents à destination de l'assuré sur support durable⁽¹⁾, notamment dans un espace personnel sécurisé⁽²⁾. Cependant, l'assuré ne doit pas avoir un comportement actif pour récupérer ces informations et documents sur son espace client sécurisé, conformément à la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne⁽³⁾.

Si le courrier comporte uniquement une invitation à télécharger la nouvelle notice d'information dans l'espace client, sans renvoyer l'adhérent, par un lien, à son espace client sécurisé pour lui permettre de la consulter, l'assureur ne peut pas opposer la notice d'information modificative à l'assuré.

SOLUTION

L'assuré n'a pas été dûment informé de la modification dont se prévaut l'assureur : celle-ci ne lui était donc pas opposable. L'assureur a été invité à réétudier le dossier, en se fondant sur les dispositions contractuelles applicables avant ladite modification. ■

Margot Carnat

Lorsque cette modification entraîne une réduction des garanties, l'assureur doit particulièrement attirer l'attention de l'assuré sur ce point.

⁽¹⁾ Article L.111-9 du Code des assurances.

⁽²⁾ Article L.111-11 du Code des assurances.

⁽³⁾ CJUE, 5 juillet 2012, C-49/11.



LE SOUSCRIPTEUR DOIT INFORMER L'ASSURÉ DES ÉVOLUTIONS CONTRACTUELLES

Les modifications apportées à un contrat d'assurance de groupe doivent être notifiées par écrit à l'assuré par le souscripteur au moins trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications sous peine d'être inopposables à l'assuré.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré en 2019 à un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative destiné à la prise en charge de ses frais de santé. À cette occasion, il a reçu une notice d'information mise à jour en août 2018.

En 2020, l'assuré a bénéficié de plusieurs séances de psychothérapie dont il a demandé la prise en charge auprès de son assureur en transmettant les factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré, conformément aux dispositions contractuelles de 2018.

L'entreprise d'assurance a refusé de faire droit à sa demande, au motif que les séances de psychothérapie ne pouvaient être indemnisées que « sur présentation de la facture acquittée ou une pièce numérisée, avec le n° ADELI, le n° RPPS ou le n° FINESS du praticien », comme indiqué dans les dispositions contractuelles de janvier 2020.

L'assuré a contesté la position de l'assureur, en précisant ne pas avoir eu connaissance de ces dernières.

ANALYSE

S'agissant d'un contrat de groupe, conformément à l'article L.112-3 du Code des assurances, l'avenant au contrat n'a à être signé que par l'assureur et le souscripteur. Dès lors, en cours de contrat, les stipulations de celui-ci peuvent évoluer, tant à l'initiative de l'assureur qu'à celle du souscripteur.

En cas de modification d'un contrat collectif, il est recommandé à l'assureur de vérifier que le souscripteur a bien informé les assurés, et ce, au moins trois mois avant la prise d'effet de l'avenant au contrat collectif.

Toutefois, 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.

Le souscripteur ne rapportait pas la preuve d'avoir adressé un courrier d'information préalable expliquant à l'assuré lesdites modifications contractuelles.

SOLUTION

Faute de produire la preuve que l'assuré avait été informé des évolutions contractuelles contenues au sein de la notice d'information de janvier 2020, ces dernières ne pouvaient lui être opposées. L'assureur ne pouvait donc exiger que l'assuré transmette des factures mentionnant le numéro ADELI, le numéro RPPS ou le numéro FINESS du praticien.

L'assureur a donc été invité à rembourser les séances de psychothérapie, en application de la notice d'information d'août 2018, selon laquelle seule la transmission des factures acquittées et détaillées au nom de l'assuré suffisait à permettre le remboursement des séances de psychothérapie. ■

Léa Roger



CLAUDE DE RÉVISION DES COTISATIONS : L'ASSURÉ DOIT POUVOIR RÉSILIER

La clause contractuelle qui prévoit la possibilité pour l'assureur d'augmenter les cotisations sans faculté de résiliation pour l'assuré est considérée comme abusive.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit en 2007 un contrat d'assurance de type « complémentaire santé », destiné à couvrir ses frais médicaux.

Plusieurs années plus tard, l'assuré s'est étonné que les cotisations aient augmenté depuis sa souscription alors qu'il n'y avait pas consenti.

L'assureur lui a répondu qu'il recevait chaque année les avis d'échéance et l'attestation de déduction d'impôts dans le cadre de la loi Madelin, de sorte qu'il avait pu prendre connaissance de l'augmentation tarifaire. Aussi, l'assureur lui a expliqué qu'en payant la cotisation, il avait accepté son augmentation.

ANALYSE

L'article R.212-1 du Code de la consommation dispose que « Dans les contrats conclus entre des professionnels et des consommateurs, sont de manière irréfragable présumées abusives, au sens des dispositions des premier et quatrième alinéas de l'article L.212-1 et dès lors interdites, les clauses ayant pour objet ou pour effet de : [...] 3° Réserver au professionnel le droit de modifier unilatéralement les clauses du contrat relatives à sa durée, aux caractéristiques ou au prix du bien à livrer ou du service à rendre ».

Ainsi, en principe, l'assureur ne peut, sans recueillir l'accord préalable de l'assuré, modifier unilatéralement le montant de la prime ou son mode de calcul.

Les assureurs doivent veiller à prévoir, au sein de la clause de révision des cotisations, une faculté de résiliation pour l'assuré avec un délai raisonnable pour l'exercer.

Néanmoins, l'assureur peut avoir prévu au contrat une clause de révision des cotisations qui lui permet de faire évoluer la prime pour faire face à l'augmentation du risque ou à la hausse de la sinistralité.

Pour être valable, cette clause doit prévoir une faculté pour l'assuré de résilier son contrat, dans un délai raisonnable à compter de l'information délivrée par l'assureur sur l'augmentation de la cotisation.

En l'espèce, les dispositions contractuelles prévoyaient que l'assureur pouvait modifier chaque année le taux de cotisation au contrat en fonction de critères imprécis, tels que des éléments actuariels, ne permettant pas à l'assuré de comprendre quel facteur d'évolution avait provoqué l'augmentation de sa cotisation, ni dans quelle proportion. Par ailleurs, la clause n'indiquait pas à l'assuré la possibilité de résilier son contrat.

SOLUTION

La clause de révision des cotisations a donc été considérée comme abusive. Les augmentations de cotisations intervenues depuis la souscription du contrat ne sont donc pas valables.

L'action en restitution de l'indu étant soumise à la prescription de droit commun, l'assureur a été invité à restituer la fraction d'augmentation des cotisations indûment prélevée durant les cinq dernières années précédant la réclamation de l'assuré. ■

Coralie Désiré

L'action en restitution de l'indu est soumise à la prescription de droit commun de cinq ans.



UN DÉFAUT D'INFORMATION PEUT FAIRE PERDRE À L'ASSURÉ UNE CHANCE DE RÉSILIER SON CONTRAT

Quand l'assuré demande à diminuer ses garanties contractuelles, l'absence de réponse de l'assureur dans les dix jours vaut acceptation. Néanmoins, sans information sur la diminution de la prime, l'assuré ne peut pas résilier son contrat pour ce motif.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré à un contrat d'assurance de prévoyance destiné à lui garantir le versement de prestations en cas d'incapacité de travail ou encore d'invalidité. En novembre 2020, il demande à l'assureur de diminuer ses garanties.

Un an plus tard, sans avoir reçu de réponse de l'assureur à cette demande, il sollicite la résiliation immédiate de son contrat. L'assureur refuse, en faisant valoir que le contrat ne peut être résilié qu'à l'échéance annuelle, avec un préavis de deux mois.

ANALYSE

Le contrat prévoit la possibilité de solliciter la diminution des garanties, avec une prise d'effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la demande. L'assureur se réserve par ailleurs le droit d'accepter ou non la modification souhaitée.

L'article L.112-2 du Code des assurances prévoit que la demande de modification effectuée par l'assuré doit être réputée acceptée si l'assureur n'y a pas répondu dans un délai de dix jours après qu'elle lui soit parvenue.

L'assureur disposait donc de dix jours pour se prononcer sur la demande de l'assuré. Or, il a fait part de son refus un an plus tard, en novembre 2021, bien après ce délai.

Ainsi, la demande de l'assuré devait être considérée comme ayant été acceptée dès le mois de décembre 2020.

L'assureur doit, en cas de demande de modification faite par l'assuré, répondre à celle-ci dans un délai maximal de dix jours à compter de sa réception.

Conformément aux dispositions contractuelles susmentionnées, la diminution des garanties devait donc prendre effet au 1^{er} janvier 2021.

Néanmoins, sachant qu'au titre de l'article L.113-4 du Code des assurances « l'assuré a droit en cas de diminution du risque en cours de contrat à une diminution du montant de la prime et si l'assureur n'y consent pas, l'assuré pourra dénoncer le contrat », l'absence de réponse de l'assureur dans le délai de dix jours n'a donc pas permis à l'assuré de savoir si l'assureur allait ou non diminuer corrélativement le montant de sa prime, lui faisant alors perdre une chance de résilier son contrat.

SOLUTION

En l'absence de réponse de l'assureur dans le délai de dix jours suivant la réception de la demande de l'assuré d'une diminution des garanties, celle-ci est réputée acceptée par l'assureur.

Néanmoins, cette absence de réponse ne permet pas à l'assuré de savoir s'il bénéficiera ou non corrélativement d'une diminution de sa prime, ce qui lui fait alors perdre une chance de résilier son contrat. Par conséquent, l'assureur a été invité à restituer à l'assuré 75 % des cotisations versées depuis la date à laquelle il aurait pu user de son droit de résiliation du contrat. ■

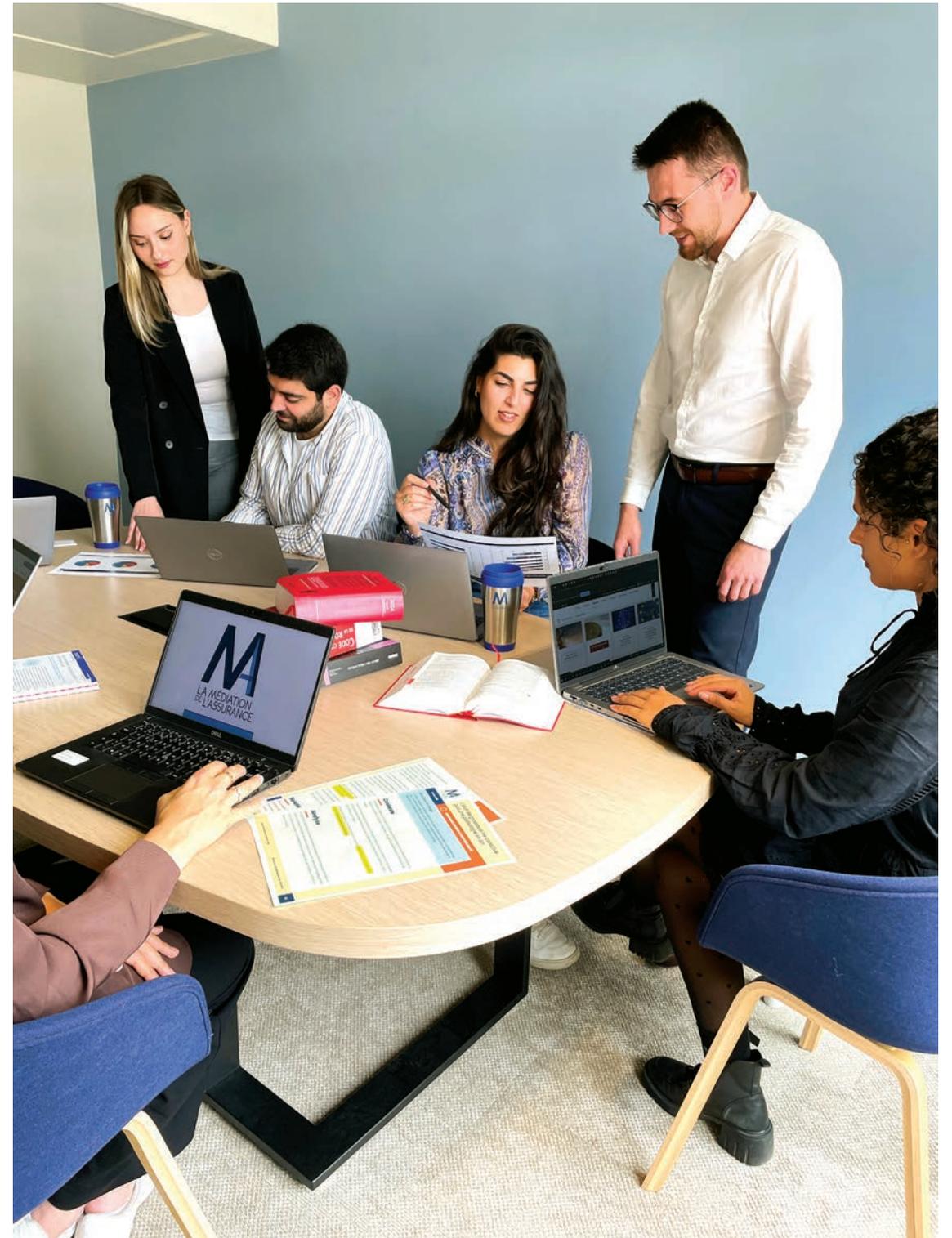
Sarah Cordier

L'assuré peut demander la résiliation du contrat, en dehors de toute échéance annuelle, en cas de refus de l'assureur de faire droit, parallèlement à sa demande de diminution des garanties, à une diminution du montant de sa prime.

LES ÉTUDES DE CAS EN
ASSURANCE DE PERSONNES



LA MISE EN ŒUVRE
DU CONTRAT





UN ARRÊT DE TRAVAIL ENTRE DEUX CONTRATS PEUT NE PAS ÊTRE INDEMNISÉ

Le mécanisme de substitution de l'assurance emprunteur permet à l'emprunteur de résilier le contrat d'assurance attaché à son prêt immobilier afin d'en souscrire un nouveau. Ce dispositif est encadré par l'article L.113-12-2 du Code des assurances.

CONTEXTE

Un assuré avait adhéré à un premier contrat d'assurance garantissant le remboursement des échéances de son emprunt immobilier en cas d'arrêt de travail. Il a ensuite souhaité changer d'assurance emprunteur. Il s'est alors tourné vers un autre assureur proposant des garanties équivalentes. Sa demande de substitution a été acceptée par l'établissement bancaire en janvier 2021 et sa nouvelle couverture d'assurance auprès du second assureur a pris effet en juillet 2021.

L'assuré a été placé en arrêt de travail de mai à octobre 2021. Il s'est alors rapproché des deux assureurs pour la prise en charge de son sinistre.

Le premier contrat prévoyait, comme condition d'ouverture du droit à prestations, l'expiration d'une franchise de quatre-vingt-dix jours suivant l'arrêt de travail. Or, la résiliation du contrat étant effective avant le dépassement de ce délai, le premier assureur refusait de délivrer sa garantie.

Cependant, le premier assureur a versé des prestations par erreur et n'en a pas réclamé le remboursement à l'assuré.

Le second assureur a, quant à lui, refusé de prendre en charge ce sinistre, car il était antérieur à la prise d'effet de la substitution.

ANALYSE

Le contrat d'assurance est un contrat aléatoire : il n'a pas vocation à couvrir des événements s'étant déjà réalisés. L'arrêt de travail de l'assuré ayant eu lieu avant la substitution du contrat d'assurance, le nouvel assureur n'avait pas à le prendre en charge.

En substituant un contrat d'assurance emprunteur par un autre, il faut rester vigilant dans la lecture des contrats, notamment en cas de sinistre antérieur à la prise d'effet des nouvelles garanties – quitte à renoncer à la substitution.

Le sinistre s'était bien réalisé sous l'empire du premier contrat. C'est donc au premier assureur qu'il revenait de délivrer la garantie, selon les modalités contractuelles de prise en charge en cas d'arrêt de travail.

En effet, 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 prestations 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 érigée en condition de garantie.

Après application de la franchise, la prise en charge aurait dû être possible par le premier assureur, mais seulement à compter du mois d'août 2021. Or, à cette date, l'assuré avait déjà substitué son contrat d'assurance, de sorte que le premier contrat était résilié avant que le droit à prestations ne naisse.

SOLUTION

L'arrêt de travail de l'assuré ne pouvait être pris en charge par aucun des deux assureurs. Le premier n'était pas tenu au versement de prestations, car le droit à prestations n'était pas né avant la résiliation du contrat substitué. De son côté, le second n'était pas tenu à une prise en charge de l'arrêt de travail puisqu'il était survenu avant la prise d'effet du contrat. ■

Laura Juchault-Montana

L'existence d'une franchise d'une durée significative, érigée en condition de garantie, peut entraîner pour l'assuré un refus de prise en charge de son arrêt de travail malgré la continuité de sa couverture d'assurance.



LE SORT DES GARANTIES DU CONTRAT D'ASSURANCE EN CAS DE DÉCHÉANCE DU TERME DU PRÊT

Lorsque le prêteur prononce la déchéance du terme du contrat de prêt, la question se pose de savoir si l'assureur doit ou non sa garantie en cas de sinistre survenu postérieurement à cette déchéance.

CONTEXTE

Dans le cadre d'un prêt immobilier contracté auprès de leur banque, en juillet 2008, des époux ont adhéré, respectivement, à un contrat d'assurance destiné à garantir le remboursement de leurs échéances de prêt, en cas d'incapacité de travail.

Du fait de son placement en arrêt de travail fin mars 2019, l'époux a sollicité l'assureur afin d'obtenir la prise en charge des échéances du prêt.

Celui-ci a refusé sa demande au motif que la déchéance de leur prêt, prononcée par la banque en septembre 2017, avait emporté, corrélativement, la résiliation des contrats d'assurance.

L'épouse a alors manifesté son incompréhension dans la mesure où les primes d'assurance avaient été réglées au-delà de cette date.

L'assureur a cependant confirmé sa décision, tout en restituant aux époux les primes perçues à tort.

ANALYSE

La déchéance du terme du prêt signifie que le prêteur prononce la résiliation du contrat de prêt et demande le remboursement de l'intégralité des sommes dues. Ainsi, lorsque la déchéance du prêt intervient, l'intégralité des sommes dues au prêteur devient exigible.

Cette déchéance est en principe sans incidence sur les garanties d'assurance, lesquelles demeurent en vigueur jusqu'au terme prévu par la police ou jusqu'au remboursement complet au prêteur⁽¹⁾.

En l'absence d'une stipulation prévoyant expressément la cessation des garanties du contrat d'assurance du seul fait de la déchéance du terme du prêt, l'entreprise d'assurance ne peut mettre fin au contrat d'assurance et doit délivrer ses garanties.

(1) Cass. 1^{re} Civ., 18 janvier 2000, n° 97-17.847.

Rien n'interdit cependant à l'assureur d'insérer dans la police une clause contraire prévoyant l'extinction de l'assurance concomitamment au prononcé de la déchéance du terme du prêt par le prêteur⁽²⁾.

En l'espèce, l'assureur se prévalait d'une clause de son contrat qui prévoyait la cessation des garanties du contrat d'assurance à la date du remboursement anticipé du prêt par l'assuré.

Le contrat d'assurance emprunteur ne prévoyait donc pas de clause particulière d'extinction des garanties simultanément à la notification par le prêteur de la déchéance du prêt.

SOLUTION

Les éléments transmis ne permettaient pas de prouver que les époux avaient remboursé de manière anticipée la totalité de leur prêt et, le cas échéant, à quelle date. Bien au contraire, il apparaissait que, du fait de leurs difficultés financières, les sommes issues du prêt immobilier exigées par la banque avaient été intégrées, après déchéance du terme, à un plan de surendettement imposé par la Banque de France, ouvert en novembre 2016, laissant donc perdurer la créance du prêteur contre les époux assurés.

Ainsi, faute pour l'assureur de rapporter la preuve du remboursement anticipé du prêt immobilier par les époux en amont du sinistre, il a été invité à reprendre l'étude du dossier en vue de délivrer sa garantie. ■

Fiona Fontaine

(2) Cass. 1^{re} Civ., 26 avril 2000, nos 97-19.846 et 97-20.238 et Cass. 2^e Civ., 4 novembre 2010, n° 09-16.972.



L'ACHAT DE SA RÉSIDENCE PRINCIPALE EST UN MOTIF DE DÉBLOCAGE D'UN CONTRAT PER

Lorsqu'un assuré sollicite le rachat anticipé de son Plan d'Épargne Retraite (PER) pour acquisition de la résidence principale, les sommes débloquées doivent être effectivement affectées à cette opération. L'assuré doit en apporter la preuve à l'assureur.

CONTEXTE

À l'occasion de l'acquisition de sa résidence principale, un assuré sollicite le rachat anticipé de son PER.

L'assureur refuse de faire droit à sa demande, car les sommes rachetées doivent être affectées à l'acquisition du bien immobilier. Or, l'acte de vente date d'un an avant sa demande et le rachat du PER ne figure pas dans le plan de financement.

ANALYSE

Conformément à l'article L.224-1 du Code monétaire et financier, le PER se dénoue lorsque son titulaire atteint l'âge de la retraite ou au plus tôt lorsqu'il perçoit une pension de retraite au titre du régime obligatoire. Par exception, l'assuré peut débloquer son épargne de façon anticipée, dans certains cas limitativement énumérés à l'article L.224-4 du même Code, notamment pour l'achat de sa résidence principale⁽¹⁾.

Cet article dispose que « [l]es droits constitués dans le cadre du plan d'épargne retraite peuvent être (...) liquidés ou rachetés avant l'échéance (...) dans les seuls cas suivants : (...) 6° [l']affectation des sommes épargnées à l'acquisition de la résidence principale (...) ». Le législateur ne donne pas plus de précisions concernant ce cas de déblocage. Cependant, le terme « affectation » suggère que les sommes rachetées doivent être effectivement dédiées au financement de l'opération.

La position de l'administration fiscale concernant le dénouement en capital des contrats PERP en raison de l'acquisition d'une résidence principale conforte cette analyse. En effet, cette dernière liste les pièces justificatives à fournir, à savoir « une attestation

Les assurés peuvent se rapprocher de leur assureur lorsqu'ils envisagent d'acquérir leur résidence principale, afin de juger de l'opportunité de procéder au rachat exceptionnel de leur contrat d'assurance PER pour ce motif. Le cas échéant, l'assureur doit l'informer des conséquences fiscales engendrées par ce dénouement anticipé.

(1) Le législateur a souhaité limiter ces cas aux seules situations requérant un apport financier exceptionnel : décès du conjoint ou partenaire, invalidité du titulaire ou de ses proches, expiration des droits aux allocations chômage, surendettement, cessation d'activité non salariée à la suite d'un jugement de liquidation judiciaire, affectation des sommes épargnées à l'acquisition de la résidence principale.

sur l'honneur indiquant que le versement du PERP sous la forme d'un capital est destiné à financer l'acquisition de sa résidence principale » et « en cas de prêt, (...) le plan de financement émanant de l'établissement de crédit mentionnant le montant de son apport personnel ».

Sur ce dernier point, l'administration fiscale ajoute : « dès lors que le déblocage du PERP sous la forme d'un capital est destiné à l'acquisition de la résidence principale, le montant ainsi débloqué ne peut être supérieur au montant financé hors emprunt par l'intéressé »⁽²⁾.

Ainsi, le déblocage des sommes épargnées au sein d'un contrat PER, au titre de l'acquisition de la résidence principale, ne doit pas conduire à un surfinancement de l'opération.

Or, l'assuré a signé l'acte de vente et contracté son prêt immobilier plus d'un an avant sa demande de rachat exceptionnel. Son dossier d'emprunt ne comporte aucune mention des sommes épargnées sur son contrat d'assurance retraite.

Le prêt contracté ainsi que l'apport réalisé par l'assuré étaient suffisants à couvrir le montant de l'achat du bien immobilier.

SOLUTION

Aucun des éléments communiqués n'a permis de vérifier que les sommes issues de ce contrat étaient effectivement destinées à la réalisation de l'acquisition de la résidence principale de l'assuré.

L'assureur ne peut donc être tenu de faire droit à sa demande de procéder au rachat anticipé de son contrat PER au titre de cette acquisition. ■

Sandrine Gaston

Les contrats peuvent prévoir un délai (6 mois en général) à compter de la date de la signature du contrat de construction (si l'assuré fait appel à un professionnel), ou de la facture d'achat des matériaux de gros œuvre (s'il construit sa maison) pour formaliser la demande de déblocage anticipé du PER.

(2) Cette position a été prise dans le cadre des contrats PERP, mais il est légitime de l'étendre, dans l'attente d'une instruction fiscale spécifique, à la situation du rachat exceptionnel du PER.



LA POSSESSION ÉQUIVOQUE D'UN BON AU PORTEUR NE PERMET PAS AU DÉTENTEUR D'OBTENIR LE PAIEMENT

En principe, la personne en possession d'un bon de capitalisation au porteur n'ayant pas fait l'objet d'une procédure d'opposition peut se voir délivrer les capitaux attachés audit bon sur simple présentation à l'assureur. Tel n'est pas le cas si la possession du bon est équivoque.

CONTEXTE

La souscriptrice de deux bons de capitalisation au porteur, décédée sans avoir liquidé ses contrats, a laissé pour lui succéder deux légataires universels par parts égales. Après le décès de ces derniers, le fils de l'une des deux légataires a retrouvé les clés d'un coffre-fort détenu par la souscriptrice des bons au sein d'un établissement bancaire. À l'intérieur de ce coffre-fort, une enveloppe contenant les originaux des deux bons au porteur a été découverte. L'héritier en a alors sollicité le remboursement.

Au regard des circonstances d'obtention des bons, l'assureur a refusé de procéder à leur remboursement entre les mains de l'héritier et a sollicité la communication de l'acte de partage attribuant lesdits bons à sa mère. L'héritier a contesté ce refus, arguant du fait que, par définition, la possession suffit pour obtenir le paiement de bons au porteur.

L'assureur a alors précisé que, le coffre-fort étant toujours au nom de la souscriptrice des contrats de capitalisation, il était nécessaire d'obtenir la déclaration de succession faisant apparaître les bons au porteur, afin de déterminer s'ils avaient fait l'objet d'une attribution ou d'un partage.

ANALYSE

Un contrat de capitalisation au porteur permet de garantir le versement d'un capital au détenteur dudit bon. Le principe est que la possession vaut titre. Conformément à ce principe, il appartient au détenteur du bon original de le communiquer à l'assureur qui est à l'origine de son émission lorsqu'il souhaite en recevoir la valeur.

Afin de solliciter le paiement d'un bon de capitalisation, le porteur doit prouver en être le possesseur sans équivoque.

Néanmoins, pour être efficace, cette possession doit répondre à certaines caractéristiques, et notamment, être non équivoque⁽¹⁾.

La Cour de cassation a rappelé à cet égard qu'en l'absence de détention non équivoque, la seule possession de bons aux porteurs n'était pas suffisante pour prouver sa propriété⁽²⁾.

Or, des droits concurrents sur un même bien peuvent rendre une possession équivoque.

En l'occurrence, le détenteur des bons n'était pas en mesure de démontrer que ceux-ci avaient été pris en compte dans le partage opéré dans le cadre de la succession de la souscriptrice ni qu'ils auraient été transmis à la légataire dont il était l'héritier.

En l'état, l'assureur ne pouvait donc être certain que les héritiers de l'autre légataire ne disposaient pas de droits concurrents sur ces bons.

SOLUTION

Au regard de ces éléments, la possession des bons par le demandeur était équivoque, de sorte que le refus de l'assureur de procéder à leur remboursement était justifié.

Afin d'en permettre le paiement, il appartenait au réclamant de produire la déclaration de succession ou l'acte de partage précisant l'attribution des bons de capitalisation.

À défaut, et au regard des dispositions testamentaires, le paiement des bons devait être effectué entre les mains des héritiers des légataires universels de la souscriptrice. ■

Claudia Raby

⁽¹⁾ Article 2261 du Code civil.

⁽²⁾ Cass. 2^e Civ., 29 mars 2006, n^o 04-20.013.



LE CHOIX D'UNE RÉVERSION DE LA RENTE VIAGÈRE D'UN CONTRAT RETRAITE EST DÉFINITIF

Lors de la liquidation de son contrat de retraite supplémentaire, l'assuré peut parfois opter pour la réversion totale ou partielle de sa rente viagère au profit d'un bénéficiaire. Ce choix est irrévocable.

CONTEXTE

À l'occasion de la liquidation de son contrat de retraite individuel, un assuré opte pour la réversibilité partielle de sa rente viagère au profit de son conjoint. Quelques années après la mise en place de cette rente, en raison du contexte économique, il demande à suspendre cette réversion pour bénéficier d'un montant de rente plus important.

L'assureur lui rappelle que la réversion de la rente est désormais définitive et refuse donc de faire droit à sa demande.

ANALYSE

En principe, le contrat d'assurance sur la vie qui se dénoue par le versement d'une rente viagère cesse au jour du décès de l'assuré, quelle que soit la date de survenance de cet événement.

Toutefois, en raison de la liberté contractuelle et dans un objectif de protection durable des épargnants, l'assureur peut proposer dans ses contrats une option de réversion – totale ou partielle – de la rente viagère au profit d'un ou de plusieurs bénéficiaire(s).

Le fait d'opter pour cette garantie lors de la liquidation de la rente viagère rend irrévocable le choix de l'assuré, qui ne peut en demander sa suspension ou la modification du bénéficiaire qui aurait été désigné, sauf disposition contractuelle contraire.

Le caractère irrévocable de cette garantie se justifie par le fait que l'existence d'une réversion est un élément constitutif du calcul du montant de la rente à servir, et non une simple modalité de paiement. En effet, l'assureur doit alors prendre en compte, parmi

Il est recommandé aux assureurs, préalablement à la formalisation de la demande de liquidation du contrat en rente viagère, d'alerter leurs assurés sur le caractère irrévocable de la garantie de réversion. Il est également opportun d'attirer leur attention sur le fait que la mise en place de cette garantie impactera le montant de la rente viagère qui sera servi.

d'autres paramètres, à la fois l'espérance de vie du bénéficiaire de la rente et celle du bénéficiaire de la réversion.

Dès lors, ce calcul ne peut être modifié ultérieurement sans que l'équilibre financier du contrat soit remis en cause.

Or, s'agissant d'un engagement de type viager, la stabilité des conditions est nécessaire pour garantir la capacité de l'assureur à honorer ses obligations sur le long terme.

Dans la présente situation, préalablement à la conversion de l'épargne constituée en rente viagère, l'assureur a fait parvenir à l'assuré une estimation des différents montants de rentes disponibles en fonction des options offertes par le contrat.

En retour, l'assuré a opté pour la réversion partielle de sa rente au profit de son conjoint. Pour ce faire, il a coché dans sa demande de prestation la case relative à cette garantie, laquelle l'informe expressément que « ce choix [est] définitif ».

SOLUTION

L'assuré était donc parfaitement informé, lors de la liquidation de son contrat, que le montant servi en application de la garantie de réversion impacterait sa rente viagère, dont le montant serait inférieur à celui d'une rente viagère simple et, le cas échéant, que le choix de cette option ne pourrait faire l'objet d'une modification ultérieure.

Compte tenu de cette situation, l'assureur était fondé à refuser la demande de suspension de la garantie de réversion de la rente viagère en cours de service. ■

Sandrine Gaston

Le cas échéant, il appartiendra aux assurés de vérifier que cette option répond effectivement à leur besoin actuel, mais également futur.



L'ÉPARGNE RETRAITE PEUT ÊTRE PERDUE EN CAS DE DÉCÈS AVANT LIQUIDATION DU CONTRAT

Dans un contrat d'assurance de retraite supplémentaire, si l'assuré n'opte pas pour la garantie facultative décès pendant la phase de constitution des droits, qui peut être proposée contractuellement, et qu'il décède avant la liquidation des droits à rente, les sommes épargnées sont en principe perdues.

CONTEXTE

Au décès de l'assuré titulaire d'un contrat de retraite supplémentaire, son fils unique conteste l'absence de versement des sommes épargnées à l'actif successoral. Il reproche alors à l'assureur de ne pas avoir suggéré à son père d'opter pour la garantie optionnelle de réversion.

L'assureur lui rappelle qu'en contrepartie de la garantie décès avec réversion pendant la phase de constitution des droits, pour laquelle il n'a pas opté, l'assuré bénéficiait d'une majoration de ses points de rente. Mais en l'absence de liquidation de ces droits à rente avant son décès et faute d'une garantie décès, les sommes épargnées sont perdues.

ANALYSE

Avant la création du Plan d'Épargne Retraite (PER) par la loi Pacte⁽¹⁾, les contrats de retraite supplémentaire avaient déjà pour objet de constituer et de servir une rente viagère lors de la cessation d'activité professionnelle de l'assuré.

Ces contrats peuvent être assortis d'une contre-assurance en cas de décès de l'assuré durant la phase de constitution des droits à rente, qui permet au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ou à la succession de percevoir, sous forme de capital décès ou de rente différée, les sommes épargnées afin qu'elles ne soient pas perdues.

Néanmoins, cette garantie n'est pas systématique et peut, si elle est contractuellement prévue, être seulement facultative.

En l'absence de garantie décès en phase de constitution, les assureurs doivent alerter régulièrement leurs assurés sur les conséquences qu'impliquerait un décès avant liquidation, particulièrement à compter de l'âge prévu ou prévisible de départ en retraite.

Le contrat prévoyait bien une garantie optionnelle décès avec réversion, à laquelle l'assuré pouvait renoncer pour bénéficier d'une majoration de ses points de rente lorsque ceux-ci seraient convertis en euros lors de la liquidation du contrat en rente viagère.

L'assuré avait expressément renoncé à cette garantie décès avec réversion lors de son adhésion, ce que lui rappelaient les conditions particulières qu'il détenait. Il bénéficiait alors d'une majoration de ses droits à rente de 3 %.

L'assuré remplissait les conditions de liquidation de son contrat depuis plusieurs années, mais il n'avait pas demandé la liquidation de ses droits à rente avant son décès, survenu en janvier 2023. Ainsi, lors de cet événement, en l'absence de garantie décès avec réversion dans la phase de constitution des droits à rente, les sommes épargnées étaient perdues et ne pouvaient intégrer son actif successoral.

Toutefois, il est apparu qu'en 2019, l'assuré, alors âgé de 72 ans, avait sollicité une simulation du montant de sa rente afin de la liquider. À réception de l'estimation établie par l'assureur, il n'a pas donné suite à sa demande.

Or à cette occasion, l'assureur n'a pas attiré son attention sur l'inexistence de la garantie facultative décès pendant la phase de constitution de la rente et sur les conséquences y afférentes, à savoir la perte totale des capitaux constitués pour les successibles en cas de décès.

En s'abstenant d'alerter l'assuré, qui avait atteint l'âge de la retraite et n'avait pas opté pour la garantie décès pendant la phase de constitution, sur les conséquences d'une absence de liquidation de son contrat de son vivant, l'assureur a manqué à son devoir de conseil. Il a alors fait perdre à l'assuré la chance de procéder à la liquidation de sa rente à la date de la simulation en 2019. En effet, autrement conseillé, il aurait probablement liquidé ses droits à rente à cette date pour éviter de courir le risque que ces sommes soient perdues en cas de décès avant liquidation.

SOLUTION

Au regard de cette perte de chance, l'assureur a été invité à verser à la succession de l'assuré la moitié des arrérages de rentes qu'aurait perçus l'assuré pour la période du 1^{er} juin 2019 jusqu'à la survenance de son décès en janvier 2023. ■

Sandrine Gaston

L'assureur manque à son devoir de conseil s'il n'attire pas l'attention de son assuré sur cette situation lorsque ce dernier – ayant dépassé l'âge de départ en retraite de longue date – se manifeste auprès de lui pour liquider son contrat sans donner suite à sa demande.

(1) Loi n° 2019-486 du 22 mai 2019 relative à la croissance et la transformation des entreprises.



7

ANNEXES



LA MISSION PÉDAGOGIQUE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

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, Revue Banque...). ■



Depuis mars 2020, la Médiation de l'Assurance a publié 156 études de cas, dont les thèmes couvrent l'ensemble du marché de l'assurance :

LES CONTRATS OU GARANTIES D'ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

- ◆ Annulation de voyage (6)
- ◆ Assurance affinitaires (2)
- ◆ Assurance automobile (8)
- ◆ Assurance habitation (3)
- ◆ Catastrophes naturelles (2)
- ◆ Construction (2)
- ◆ Pertes de loyers (1)
- ◆ Pertes d'exploitation (3)
- ◆ Preuves du sinistre (2)
- ◆ Protection juridique (1)
- ◆ Responsabilité civile (5)

LES CONTRATS OU GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

- ◆ Assurance emprunteur (6)
- ◆ Contrats collectifs (3)
- ◆ Contrat mixte (1)
- ◆ Contrat obsèques (3)
- ◆ Contrat temporaire décès (1)
- ◆ Loi Évin (2)
- ◆ Notion d'accident (4)
- ◆ Perte d'emploi (5)
- ◆ Prévoyance (1)
- ◆ Secret médical (1)

LES CONTRATS D'ASSURANCE VIE ET D'ÉPARGNE RETRAITE

- ◆ Acceptation du bénéfice (1)
- ◆ Clause bénéficiaire (2)
- ◆ Fiscalité (3)
- ◆ Rachat (2)
- ◆ Retraite (5)
- ◆ Valorisation du capital (3)
- ◆ Versement du capital (4)

LES SUJETS TRANSVERSES

- ◆ Clause d'exclusion (11)
- ◆ Déclaration du risque (11)
- ◆ Déclaration du sinistre (5)
- ◆ Devoir de conseil du professionnel d'assurance (14)
- ◆ Expertise (3)
- ◆ Indemnisation (10)
- ◆ Prescription (2)
- ◆ Résiliation (14)
- ◆ Souscription à distance (4)

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)
Cahier de LMA n° 5 :	La prescription biennale : une prescription abrégée controversée (28 novembre 2024)
Cahier de LMA n° 6 :	La notion d'accident en assurance de personnes (24 juin 2025)

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, <i>bjda.fr</i> 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)
Émission n° 11	La clarté du vocabulaire dans les contrats d'assurance (5 novembre 2024)
Émission n° 12	La fraude à l'assurance (4 février 2025)
Émission n° 13	Le record de saisines en 2024 (13 mars 2025)
Émission n° 14	Les trous de garantie en cas de substitution d'assurance emprunteur (6 mai 2025)

AUTRES INTERVENTIONS EN 2024

France Inter	Face aux risques climatiques : rester assurable Émission <i>Le téléphone sonne</i> (3 avril 2024)
B Smart	Médiation de l'Assurance : tableau de bord Émission <i>Smart Patrimoine</i> (12 mars 2024)

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 66 membres de 31 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 [directive n° 2013/11/UE relative au règlement extrajudiciaire 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](#)
- [Clauses d'exclusion : l'ACPR appelle les organismes d'assurance à passer en revue l'ensemble de leurs contrats d'assurance, Communiqué de presse, 24 septembre 2024](#)

CCSF

- [La médiation bancaire et de l'assurance, rapport 2021](#)
- [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

- **Arnaud Chneiweiss, Médiateur de l'Assurance : « Les assureurs attendent trop souvent que la Médiation soit saisie pour transiger »** La Tribune de l'assurance, septembre 2024
- **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

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 (CECMC) :**
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 (CCSF) :**
banque-france.fr/fr/comites-consultatifs/comite-consultatif-du-secteur-financier
- **Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) :**
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 ! 

LMA RECRUTE : REJOIGNEZ-NOUS !



INDEX

A

Accident	10, 74, 80, 86, 96, 104, 106
Affinitaire	10, 98
Aggravation du risque	72, 118, 124
Aléa	130
Annulation de voyage	10, 80, 84, 100, 102, 104
Antécédent médical	74
Arrêt de travail	10, 120, 130, 132
Assurance vie	116, 136
Augmentation des cotisations	70, 124
Automobile	86, 88, 90, 92, 96

B

Bénéficiaire	116, 118, 138, 140
Bon de capitalisation	136

C

Capital	10, 22, 118, 134, 136, 140
Carte bancaire	10, 80, 104
Clause abusive	72, 118, 124
Clause d'exclusion	10, 80, 82, 100, 102, 104
Condition de garantie	10, 74, 82, 84, 98, 100 102, 104, 116, 120
Contrat collectif	72, 120, 122
Cotisation	70, 86, 88, 90, 92, 114, 118, 124, 126

D

Décès	118, 134, 136, 138, 140
Déchéance de prêt	132
Définition contractuelle	10, 74
Dégât des eaux	10, 22
Devoir de conseil	10, 74, 84 116, 120, 140
Devoir de mise en garde	10, 74
Devoir d'information	72, 120, 122, 124, 126

E

Emprunt	10, 130, 132, 134
Équité	10, 22, 66
Exclusion	10, 80, 82, 100, 102, 104
Expert/expertise	22, 96

F

Faute dolosive	22, 106
----------------	---------

H

Habitation	10, 90, 92, 106
------------	-----------------

I

Incapacité de travail	120, 126, 132
Incendie	86
Indemnité d'assurance	10, 22, 96, 98, 104, 122
Indemnité de résiliation	92

P

Prêt	10, 130, 132, 134
Preuve	72, 88, 90, 98, 102, 104, 114, 118, 120, 122, 132, 134
Prévoyance	70, 118, 126
Protection juridique	82, 108

R

Rachat	134
Renonciation	114
Résiliation	10, 88, 90, 92, 124, 126, 130, 132
Responsabilité civile	84, 86, 106
Retraite	22, 134, 138, 140

S

Souscription	70, 84, 102 114, 118, 124
--------------	------------------------------

T

Téléphonie mobile	10, 22, 98
-------------------	------------

U

Unités de compte	116
------------------	-----

V

Vol	98, 100
Voyage	10, 80, 84, 100, 102, 104

La Médiation de l'Assurance éditeur

TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 — ISSN 2556-9457 — Juillet 2025

Couverture : Image générée par intelligence artificielle

Photos intérieures : Marthe Lemelle (portrait de la Présidente, p.4)

Seignette Lafontan (portraits du Médiateur, p.8 et 10) / Aude Picart (toutes autres pages) / Pictos : Eficiens

Coordination éditoriale / S.R. : Clarisse Trillat (clarisse.trillat@outlook.com)

Artwork / Exécution : yves@castel1.com



www.mediation-assurance.org



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