

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2025





RAPPORT D'ACTIVITÉ 2025

■ AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE	4
■ 1. INTRODUCTION	
● Le mot du Médiateur	10
■ 2. L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES	
● Les chiffres clés 2025	24
● Les saisines	28
● Les médiations effectuées	38
■ 3. LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE	
● Gouvernance et ressources de la Médiation de l'Assurance	46
● Les adhérents	48
● Une équipe dédiée à la résolution des litiges	52
● La procédure de médiation	54
● La Charte du Médiateur de l'Assurance	56
■ FICHE MÉTIER	
● Séverine Caragliu, juriste experte et tutrice	58
■ 4. FOCUS	
● La « fraude » aux versements en assurance vie	62
● L'importance de connaître les conditions de mise en œuvre des contrats d'assurance annulation de voyage	66
■ FICHE MÉTIER	
● Laura Bensimon, juriste référente	68
■ 5. ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ : ÉTUDES DE CAS	
5A. LA RELATION CONTRACTUELLE	
● Un contrat d'assurance peut être valable même s'il n'a pas été signé	74
● L'exercice du droit de renonciation en cas de souscription à distance	76
● Un enfant n'est pas toujours couvert par le contrat d'assurance habitation de ses parents	78
● L'assuré n'a pas la garde du véhicule si le propriétaire est à bord	80
● L'usage d'un portail collectif ne vaut pas transfert de garde à l'assuré	82
● Au décès de l'assuré, l'obligation d'assurance de sa voiture incombe à son héritier	84
● La garantie de livraison est une protection essentielle pour les maîtres d'ouvrage	86

5B. L'APPLICATION DU CONTRAT	
● Les conditions d'opposabilité de la clause de prescription	90
● Vol d'une batterie de vélo : la nécessité d'une attache conforme au contrat	92
● Le vol par introduction clandestine dans des locaux privés	94
● Un constat d'huissier de justice fait foi en l'absence d'état des lieux contradictoire	96
● Les sommes allouées au titre de l'article 700 du Code de procédure civile et des dépens	98
● Le choix de l'assuré peut réduire le coût du sinistre	100
■ FICHE MÉTIER	
● Marion Chartier, responsable de pôle	102
■ 6. ASSURANCE DE PERSONNES : ÉTUDES DE CAS	
6A. LA RELATION CONTRACTUELLE	
● Le contrat est caduc si une condition de validité du contrat disparaît	108
● L'assureur face aux risques de signature frauduleuse	110
● Le contrat doit préciser les conditions d'affectation de la participation aux bénéfices	112
● La définition contractuelle de l'accident peut imposer plusieurs critères	114
● Un élément météorologique peut constituer un élément extérieur	116
● La résiliation infra-annuelle est possible un an après la souscription du contrat	118
6B. LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	
● La survenance du sinistre en assurance emprunteur n'est pas le point de départ du délai de prescription	122
● L'assureur qui connaît les antécédents de l'assuré ne peut opposer la fausse déclaration du risque	124
● Les documents exigés par l'assureur pour mettre en œuvre une garantie doivent être pertinents	126
● L'assureur peut voir sa responsabilité engagée par le manque de diligence de son mandataire	128
● Il faut l'accord du juge pour exécuter une demande de rachat d'un majeur sous tutelle	130
● La représentation du bénéficiaire des capitaux-décès n'est pas automatique	132
● Le mécanisme de représentation du bénéficiaire ne joue pas au profit de ses collatéraux	134
■ 7. ANNEXES	
● La mission pédagogique de la Médiation de l'Assurance	138
● La Charte du Club des médiateurs de services au public	142
● La Médiation de l'Assurance à l'international	144
● Textes de référence	145
● Adresses utiles	146
■ 8. INDEX	148



Catherine JULIEN-HIEBEL

*Présidente du conseil d'administration
de la Médiation de l'Assurance
Présidente du Comité consultatif
du secteur financier*

J'attache une grande importance au développement des dispositifs de médiation. Je suis convaincue qu'ils occupent une place essentielle dans l'équilibre de notre société. En avril 2026, j'ai fait intervenir devant le Comité consultatif du secteur financier (CCSF) le Président de la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation, Marc El Nouchi, afin qu'il partage sa vision des dispositifs de médiation de la consommation.

Il a souligné l'importance des prises de position en équité, possibilité qui n'est pas ouverte aux juges, et qui constitue donc une soupape importante pour notre système judiciaire dans son ensemble. Il a également insisté sur la nécessité de ne pas confondre les dispositifs de médiation avec les services de réclamation des professionnels. Et surtout, il a eu cette formule que je fais mienne : **une médiation réussie est comme un espace de civilisation qui s'ouvre.**

C'est avec cette conviction que j'exerce, depuis décembre 2025, la présidence du Conseil d'administration de la Médiation de l'Assurance. J'y porte une exigence claire : garantir l'indépendance du dispositif, veiller à la qualité du traitement des dossiers et assurer la pleine prise en compte des recommandations de notre Médiateur, conformément aux dispositions du Code de la consommation. Je tiens, à cet égard, à saluer l'action de ma prédécesseuse, Corinne Dromer. Par son engagement constant, son énergie et sa conviction, Corinne a contribué de manière décisive au développement de la Médiation de l'Assurance.

Avec plus de 58 000 saisines reçues au cours des douze derniers mois, contre 15 000 saisines en 2020, notre médiation est devenue la principale médiation de la consommation du pays. Cette progression n'est pas anodine. Elle dit à la fois la confiance des assurés dans la médiation, mais aussi les tensions qui traversent notre société.

Car si la médiation est aujourd'hui largement accessible – simple, gratuite, facilitée par les outils numériques et désormais par l'intelligence artificielle –, elle est aussi sollicitée dans un contexte marqué par les préoccupations de pouvoir d'achat et une forme de défiance croissante de la société. Les assurés, mieux informés de leurs droits, notamment depuis l'entrée en vigueur en 2023 de la recommandation de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) relative au traitement des réclamations dans le secteur de l'assurance, sont aussi plus exigeants.

Dans ce contexte, je mesure pleinement la responsabilité qui est la nôtre.

La bonne articulation de notre médiation avec les travaux du CCSF a permis des progrès concrets ces dernières années : assainissement des pratiques commerciales en assurances affinitaires, simplification de la résiliation des contrats, etc. Cette année encore, à la suite de l'alerte lancée par la Médiation de l'Assurance, un accord de place a été conclu au sein du CCSF pour faire disparaître les « trous de garanties » au moment d'un changement d'assurance emprunteur.

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.

Face à la hausse continue des saisines, le Conseil d'administration a pris ses responsabilités en renforçant significativement les moyens de la Médiation de l'Assurance. Vingt postes supplémentaires ont été créés fin 2025, et seize de plus en juin 2026. Les effectifs de la Médiation de l'Assurance atteindront ainsi bientôt 150 personnes. Je tiens à remercier la Profession de l'assurance pour cet engagement.

Au-delà des moyens, c'est une exigence de résultats qui nous guide.

La question des délais de réponse aux assurés est notre priorité. Face au « choc de saisines » en cours, notre objectif est de stabiliser ces délais. Les progrès accomplis ces dernières années montrent que c'est possible : le délai moyen de réponse est passé de treize mois fin 2019 à sept mois et demi en 2025, et plus d'un tiers des dossiers trouvent désormais une issue en moins de trois mois.

Nous poursuivons également nos efforts pour gagner en efficacité. La transformation numérique engagée y contribue fortement : 75 % des saisines sont aujourd'hui déposées en ligne, contre 25 % en 2019. Nous avons par ailleurs initié des projets mobilisant l'intelligence

artificielle, notamment pour la reconnaissance des documents et, demain, pour l'identification de dossiers similaires. Ces outils sont des leviers précieux, mais ils resteront toujours placés sous supervision humaine.

Un nouveau signe de l'importance prise par la Médiation de l'Assurance 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 reste de répondre aux particuliers. Ils représentent près de 95 % des dossiers traités. Mais depuis 2020, à la demande du Gouvernement, notre médiation peut traiter des litiges des PME.

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. Et en avril 2025, le Premier ministre a confié à notre Médiateur Arnaud Chneiweiss, à titre personnel, la responsabilité de diriger une cellule CollectivAssur dont le but est d'aider les communes en grande difficulté pour être assurées. La loi de simplification de la vie économique a inscrit ces dispositifs dans le Code des assurances.

Au nom du Conseil d'administration, je tiens à saluer la mobilisation de notre Médiateur, renouvelé début 2026, et de l'ensemble de ses collaborateurs. Leur rigueur, l'attention qu'ils portent à chacune des demandes qui leur sont soumises et leur engagement au service de l'intérêt général sont au cœur de la confiance accordée à notre institution. ■

Catherine Julien-Hiebel



I INTRODUCTION



Arnaud CHNEIWEISS
Le Médiateur de l'Assurance

RECORD HISTORIQUE DE SAISINES DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

« Pour qu'on ne puisse abuser du pouvoir, il faut que, par la disposition des choses, le pouvoir arrête le pouvoir. »
Montesquieu

L'événement de 2025 c'est la poursuite du « choc des saisines ». À l'été 2026, nous sommes sur un rythme de 58 000 saisines par an⁽¹⁾, avec une nette accélération depuis l'été 2025.

Quand j'ai pris mes fonctions il y a six ans, c'était 15 000 saisines. Ajoutons à cela une progression du taux de recevabilité, passé de 33 % à 47 %, si bien que nous avons une multiplication par 4 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 au secteur de l'assurance, en gardant à l'esprit que, par définition, nous ne voyons à la Médiation 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 six :

- 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⁾. Le but est de désengorger les tribunaux des affaires les plus « petites ». Beaucoup de dossiers que nous voyons à LMA portent en effet sur des sommes inférieures à ce montant.

⁽¹⁾ Ces saisines concernent pour 94 % des particuliers, 6 % 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 un peu plus d'un million de réclamations en 2024 (source ACPR). Pour s'en tenir à l'année 2024, environ 4 % de ces réclamations seraient donc allées jusqu'au stade de la médiation.

⁽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.

Les médiations de la consommation sont clairement devenues le premier niveau de recours pour mettre fin à un litige – je peux en témoigner d'autant mieux que mes pairs m'ont élu depuis 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 2026, les trois quarts 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 2025, 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'autre côté, cela montre que la gestion des sinistres et des réclamations est encore souvent perfectible, et que tous les assureurs n'ont pas accru suffisamment leurs effectifs dans ces services pour tenir le nouveau délai de deux mois demandé par l'ACPR pour traiter une réclamation.

D'ailleurs, 20 % des réclamants qui se tournent vers nous disent qu'ils le font en l'absence de réponse de leur assureur dans le délai de deux mois.

- 4. L'influence des outils d'intelligence artificielle.

Ce sujet est nouveau. Nous constatons dans le cas des saisines par internet une augmentation de 21 % de la longueur des saisines, entre le début 2025 et le début 2026. Nous voyons que ces saisines paraissent plus structurées, argumentées, citant des articles de loi ou de la jurisprudence – parfois totalement à tort – à la manière des outils d'IA.

- 5. Les difficultés de pouvoir d'achat, première préoccupation des Français⁽⁸⁾ depuis longtemps, que la crise énergétique actuelle ne peut que conforter.

⁽⁶⁾ Ne recevant aucune subvention publique, notre budget d'environ 15,5 millions d'euros en 2026 est intégralement financé par les Professionnels, c'est-à-dire les assureurs et les courtiers, selon le principe « pollueur payeur », c'est-à-dire qu'un assureur nous finance en proportion du nombre de dossiers à traiter qu'il représente. La gratuité des médiations de la consommation résulte de la loi (article L.612-4 du Code de la consommation), qui est allée plus loin, sur ce point, que la Directive européenne de 2013 régissant les règles de fonctionnement des médiations de la consommation.

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

⁽⁸⁾ « À 18 mois de la présidentielle : restaurer le pouvoir de vivre », sondage Odoxa publié en février 2026.

- 6. 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 dans notre système judiciaire qui a nettement chuté en quelques années. Selon l'enquête Cevipof citée en référence, seulement 45 % des sondés expriment leur confiance dans le système judiciaire, contre 53 % qui font part de leur défiance, 2 % ne s'exprimant pas.

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 depuis décembre 2025 par Catherine Julien-Hiebel, qui a succédé à Corinne Dromer laquelle demeure membre du Conseil, et constitué pour l'essentiel de représentants des assureurs, courtiers et agents généraux (c'est-à-dire nos financeurs), nous a accordé vingt créations de postes en décembre 2025, puis seize en juin 2026. Au printemps 2026, l'effectif de la Médiation de l'Assurance est de 130 personnes. Nous sommes ainsi 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 de 7 mois et demi en 2025, 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 2019 où ce délai était de 13 mois; dans 36 % des cas en 2025, les assurés ont eu leur réponse dans les 3 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, qui a doté notre médiation de ressources humaines et financières accrues, et qui suit presque toujours nos positions, permet ainsi à LMA de pleinement jouer son rôle, afin de tenter d'apaiser les tensions entre assurés et assureurs et d'expliquer la situation ou ce qui doit être fait dans les litiges qui nous sont soumis.

⁽⁹⁾ Je renvoie sur ce point aux enquêtes du Cevipof.

... ET DES EXPÉRIMENTATIONS CONCERNANT L'INTELLIGENCE ARTIFICIELLE

Depuis juin 2025, un premier projet impliquant le recours à l'intelligence artificielle (IA) a démarré afin d'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 français a ainsi été retenu.

L'outil permet d'identifier et de classer les documents envoyés par les réclamants. Il est en amélioration constante par un processus d'itération entre nos gestionnaires, informaticiens et le prestataire.

Un second projet a débuté pour explorer la possibilité que l'IA aide à détecter des « dossiers similaires » sur lesquels nous avons déjà pris position, et qu'elle puisse devenir une aide à la rédaction dans les positions que nous prenons.

Je remercie là aussi la Profession, que ce soit *via* la fédération France Assureurs et le GIE de moyens GPSA qui s'occupe de notre informatique, ou *via* des propositions individuelles d'assureurs qui nous montrent ce qu'ils ont développé chez eux, de nous aider à mettre en place des outils d'IA qui pourraient nous faire gagner du temps sur certains process, afin de répondre plus vite aux assurés.

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. LA LISIBILITÉ DES CONTRATS

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

1) 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 », des franchises 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.

Nous notons d'ailleurs une vive croissance des saisines à propos des contrats santé : +56 % sur un an à l'été 2026.

II) 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 couvre que la catégorie la plus extrême de la Sécurité sociale.

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⁽¹⁰⁾) 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.

Expliquons cela :

- l'invalidité permanente totale est généralement fixée à plus de 66 % de taux d'incapacité;

- l'invalidité permanente partielle est généralement fixée entre 33 et 66 % de taux d'incapacité.

Pour déterminer ce taux d'invalidité, deux dimensions sont regardées :

- l'incapacité dite fonctionnelle, strictement médicale et par extension mesurant plutôt un impact sur la vie quotidienne de la victime (cette incapacité est elle-même encadrée par des référentiels);

- l'incapacité dite professionnelle appréciant davantage l'aptitude à exercer une activité professionnelle (beaucoup plus personnalisée et moins encadrée).

Ces deux dimensions sont prises en compte dans le cadre d'un « tableau croisé », avec des pondérations qui varient d'un contrat à l'autre. Si bien qu'on peut avoir un taux d'incapacité professionnelle très élevé, et ne pas être considéré invalide pour autant au sens du contrat si l'incapacité fonctionnelle est faible. Le sujet a été évoqué en 2025 dans le cadre du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) présidé par Catherine Julien-Hiebel et les débats sont en cours pour clarifier et simplifier ce qui peut l'être – sachant que le CCSF fonctionne par consensus.

⁽¹⁰⁾ Par exemple : agriculteur, serveur de restaurant, infirmière...

III) 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* ».

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* »⁽¹¹⁾.

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, par exemple *via* un engagement déontologique de la Profession.

IV) LA DÉFINITION DE LA MALADIE

DANS UN CONTRAT « ANNULATION DE VOYAGE »

Voici une définition caricaturale de la maladie vue à LMA :

« *Altération soudaine et imprévisible de la santé constatée par une Autorité médicale compétente entraînant la délivrance d'une ordonnance de prise de médicaments au profit du malade et impliquant la cessation de toute activité professionnelle ou autre et pour laquelle :*

Vous n'avez pas été hospitalisé au cours des 12 derniers mois;

Vous n'êtes pas en attente d'une intervention chirurgicale, d'une consultation ou d'une investigation pour une pathologie grave ou bien encore si vous n'attendez pas les résultats qui aboutiraient à l'un de ces cas;

Vous n'avez pas entamé ou changé de traitement médicamenteux ou thérapeutique au cours des 3 derniers mois;

Vous ne devez pas vous soumettre à un suivi médical, chirurgical ou

⁽¹¹⁾ Par exemple : tomber d'une échelle ou d'un escabeau 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?

psychiatrique tous les 12 mois ou à des échéances plus rapprochées ».

Avec une telle définition, il sera bien difficile à un assuré de pouvoir être considéré « malade » au sens du contrat afin de pouvoir faire jouer la garantie « annulation de voyage » pour cause de maladie.

B. 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. Je soutiens naturellement tout ce qui a pu être mentionné par le vice-président de l'ACPR, Jean-Paul Faugère, dans son remarquable discours d'ouverture de la matinée annuelle consacrée à la protection de la clientèle le 31 mars 2026⁽¹²⁾.

Notre excellente articulation avec le CCSF, dont la Présidente Catherine Julien-Hiebel est désormais également la Présidente 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 2025, la question des « trous de garantie » en assurance emprunteur a été débattue 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. Je suis heureux qu'un accord à ce sujet ait pu être trouvé à l'été 2026.

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 – sujet sur lequel la Profession s'est désormais mise en règle avec les décisions de la Cour de cassation – 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 :

⁽¹²⁾ ACPR, *Matinée de la protection des clientèles des banques et des assurances* du 31 mars 2026.

« 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.

LA MÉDIATION, FACTEUR D'APAISEMENT ET DE CONFIANCE

En 2025, quand la Médiation de l'Assurance a instruit un dossier, l'assuré a obtenu satisfaction en tout ou partie dans 55 % des cas. 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.

Ayant dit ceci, j'ajoute aussitôt que la Médiation de l'Assurance essaie toujours de faire la part des choses entre assurés sincères et honnêtes, et assurés de mauvaise foi ou fraudeurs. Je suis toujours étonné que

beaucoup de ces derniers aient le culot de venir jusqu'à nous, alors que l'assureur nous produit le rapport d'un enquêteur montrant que nous avons dans le dossier la production de fausses factures ou de fausses déclarations intentionnelles.

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 chez certains acteurs. 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.

Je cite le discours de Jean-Paul Faugère du 31 mars 2026 déjà évoqué plus haut : « *Un exemple de négligence : depuis 3 ans, le nombre de réclamations dont se trouve saisi le Médiateur de l'assurance a quasiment doublé. Et cette croissance n'est pas homogène selon les établissements. L'analyse du médiateur montre que certains ont apparemment fait un choix délibéré de négliger leurs obligations de traiter en temps voulu les réclamations, assumant en quelque sorte de s'en défaire sur le médiateur. Ce n'est pas un arbitrage correct. Les choix internes de cette nature témoignent d'une vue faussée des priorités de gestion.* ».

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⁽¹³⁾, transposée en droit français en 2015.

Cette directive vient d'être révisée au terme de deux années de négociations entre États-Membres, avec la publication le 30 décembre 2025 de la nouvelle directive 2025/2647 du 16 décembre 2025⁽¹⁴⁾. La transposition en droit français doit être effectuée d'ici à mars 2028, en rappelant que la directive est dite « d'harmonisation minimale », c'est-à-dire que les États-Membres peuvent décider d'aller plus loin – c'est par exemple ce qu'a fait la France en 2015 à propos de la gratuité des médiations de la consommation, alors que la directive parle de « frais modiques » pour accéder aux médiations.

Pour ce qui est de la Médiation de l'Assurance, il me semble que deux évolutions contenues dans cette directive doivent être soulignées :

⁽¹³⁾ 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.

⁽¹⁴⁾ La Directive (UE) 2025/2647 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2025 modifiant la directive 2013/11/UE relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et modifiant les directives (UE) 2015/2302, (UE) 2019/2161 et (UE) 2020/1828 à la suite de l'abandon de la plateforme européenne de règlement en ligne des litiges.

■ l'extension du champ de compétence aux litiges nés dans la phase précontractuelle ou postérieurement à sa résiliation : par exemple, publicité trompeuse ou mauvaise information précontractuelle ;

■ la possibilité pour l'entité de médiation de regrouper des cas similaires. Ceci aurait pu être fait dans l'examen des dossiers d'assurance de téléphone portable du courtier sulfureux SFAM Indexia par exemple.

Ayant eu l'honneur d'avoir été élu par mes collègues, depuis 2024, Président du Club des médiateurs de services au public (CMSP), qui regroupe médiateurs de la consommation et médiateurs institutionnels, je suis très attentivement les discussions relatives à la transposition de la directive, au contact du ministère de l'Économie et des Finances (DGCCRF) chargé du dossier.

En France, par le volume traité, les médiations de la consommation – dont la Médiation de l'Assurance – sont au cœur de la politique de l'ami-able. Si bien que le CMSP est membre, avec deux représentants, du Conseil National de la Médiation 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 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 2025 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, 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 : c'est la cellule « CollectivAssur » mise en place par la fédération France Assureurs avec quatre consultants et qui a permis d'apaiser la crise de l'assurance des collectivités locales.

Le projet de loi sur la simplification de la vie économique envisage d'ailleurs, dans son article 14 bis, de confier explicitement à LMA cette mission d'accompagnement dans la recherche 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 un peu plus d'une centaine de dossiers à ce titre en 2025 comme l'année précédente.

À l'inverse, les PME, qui depuis fin 2020 peuvent nous saisir de leurs litiges avec leur assureur, représentent environ 6 % du total de nos saisines.

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 2026 en sept mois et demi 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 été multiplié par 4 !

- Le Conseil d'administration, bien sûr. Un mot spécial à l'attention de Corinne Dromer, qui a présidé le Conseil de 2019 à 2025. Elle s'est investie avec une formidable énergie dans la fonction, convaincue de l'utilité sociale des médiations de la consommation. Corinne s'est battue, parfois avec fougue, pour défendre notre indépendance et la nécessaire augmentation de nos moyens. Je la remercie profondément de son action ;

- Merci au Comité des nominations et rémunérations, qui a proposé mon renouvellement dans ces fonctions en début d'année 2026, proposition qui a recueilli l'accord de la CECMC pour un nouveau mandat de trois ans ;

- D'une façon plus générale, un grand merci à tous les administrateurs pour leur implication, leurs conseils et leurs réflexions pour faire face à l'ampleur croissante de nos missions – à commencer par notre nouvelle Présidente, Catherine Julien-Hiebel. Les crises et défis n'ont pas manqué depuis six ans, le défi en cours étant le « choc de saisines ». 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 ;

- La Profession de l'assurance, qui « joue le jeu » de la médiation, en nous donnant les moyens de fonctionner, en suivant presque toujours nos positions, en étant attentive à nos remarques lors des points

individualisés avec les assureurs qui le souhaitent. Merci aux « correspondants de la médiation » qui chez chaque assureur suivent et relaient nos positions et remarques ;

- 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 2025, nous avons exprimé plus de 9 100 positions, soit une hausse de 40 % par rapport à l'année précédente ;

- En 2025, nous avons poursuivi nos adaptations pour tenter de faire face au choc des saisines. Cette recherche permanente d'efficacité nous a permis d'atteindre des résultats significatifs, illustrés par le fait que nous avons dépassé pour la première fois les 14 000 résolutions de litige (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 ;

- 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 assurance vie et épargne retraite ; Karine Mespoulet-Beauves, qui dirige les études juridiques ; Hélène Valette qui a pris la succession de Michel Boudeville et dirige le pôle Gestion, chargé de traiter les saisines et de fournir les réponses dans les cas les plus simples ; enfin, ma formidable assistante Latifa Bakkassi qui jongle avec les contraintes.

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

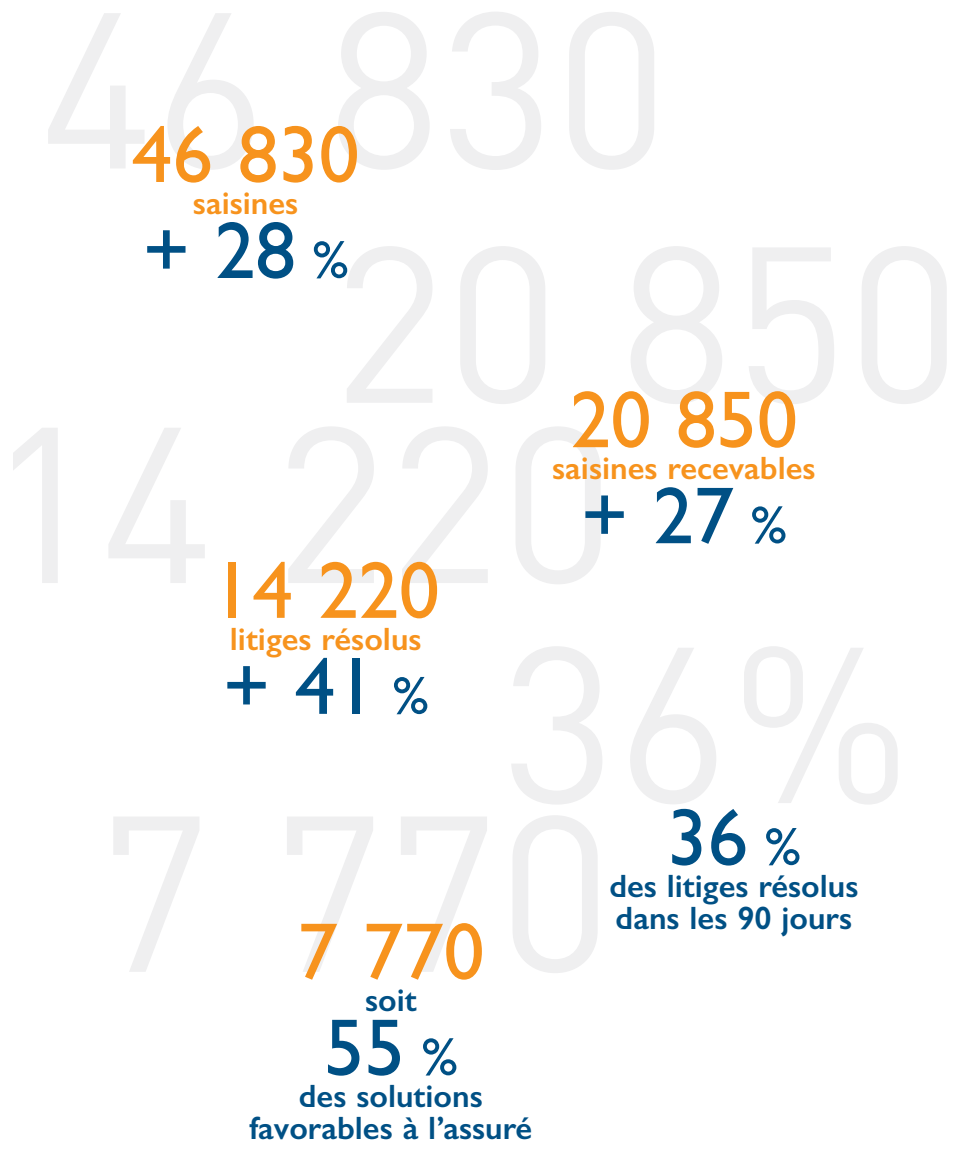
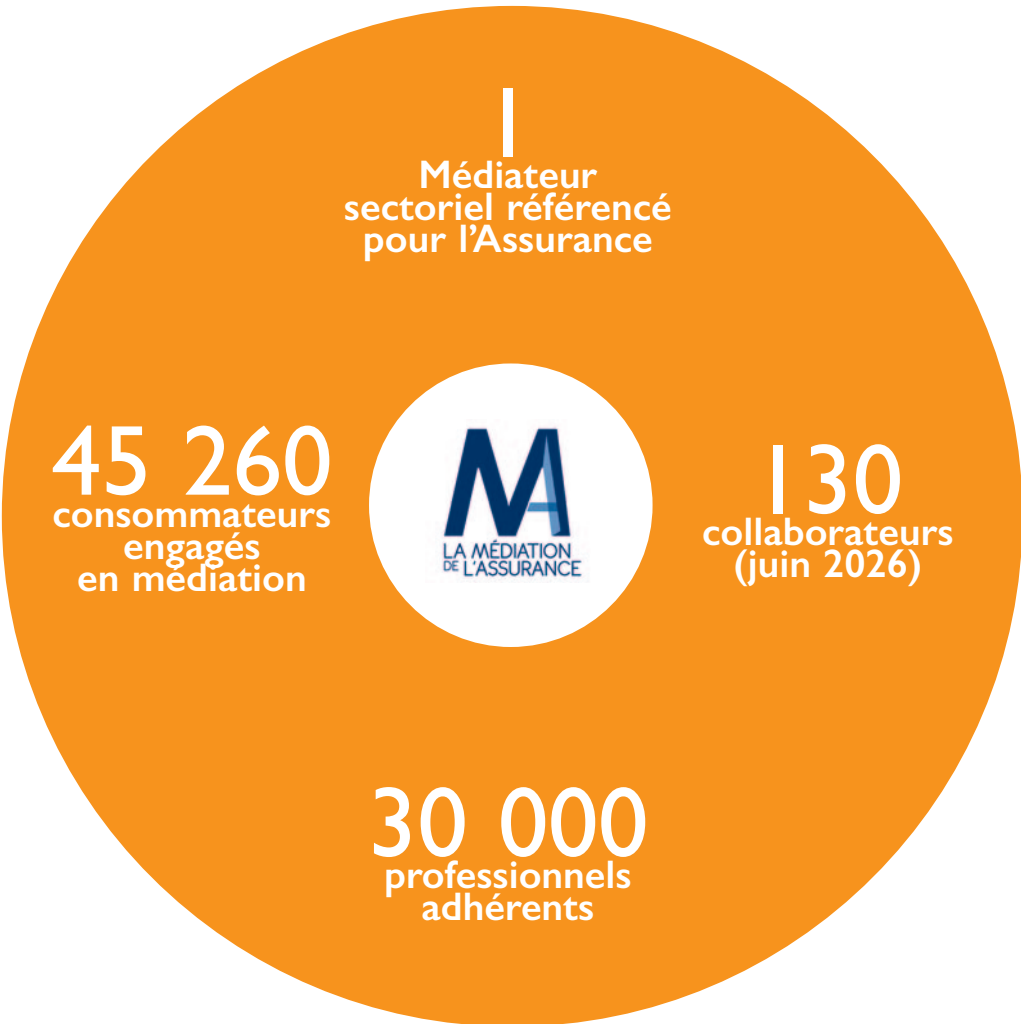
ARNAUD CHNEIWEISS





2

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





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

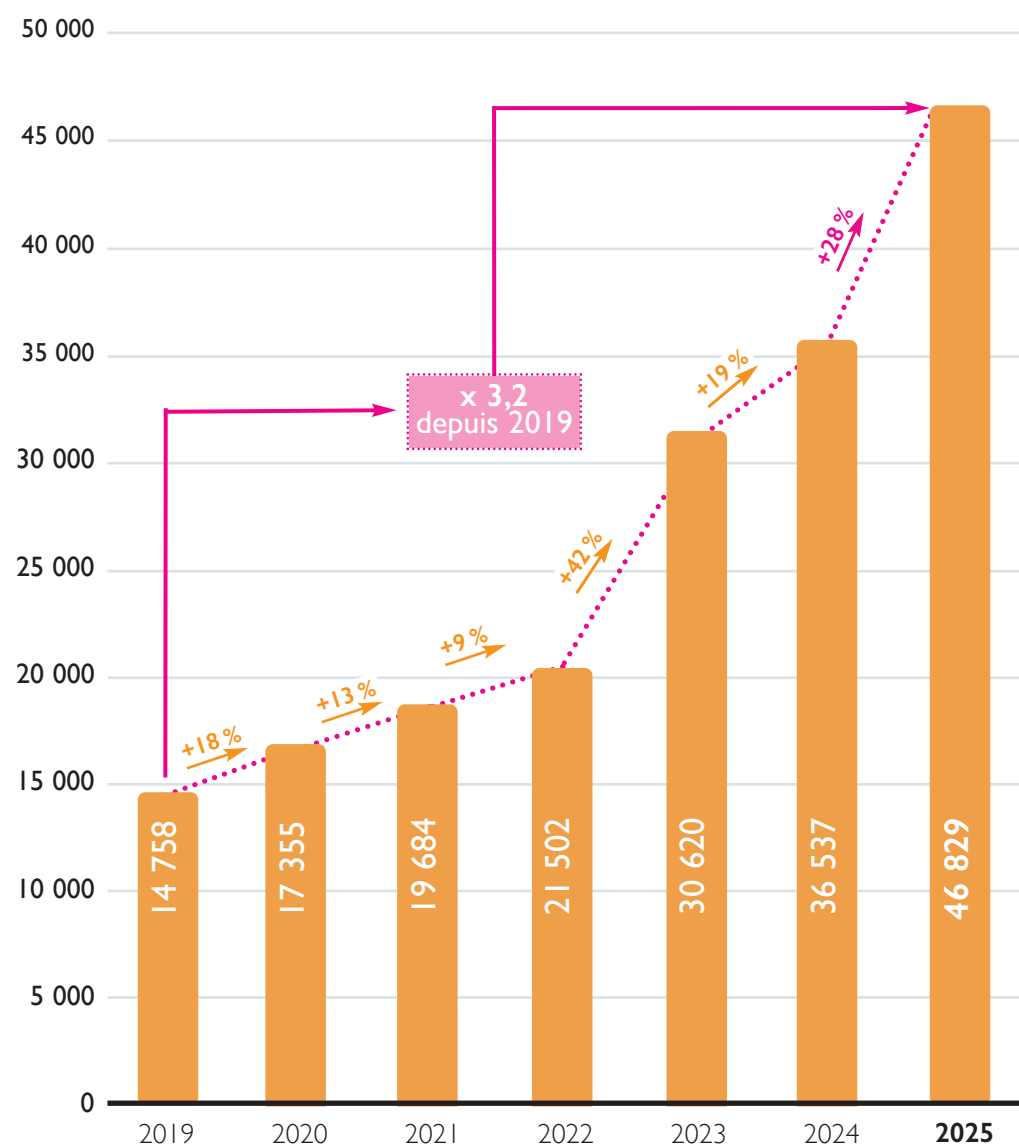
2A

LES SAISINES

LES SAISINES REÇUES

En 2025, la Médiation de l'Assurance a reçu **46 829** saisines, soit une augmentation de **28 %** par rapport à 2024.

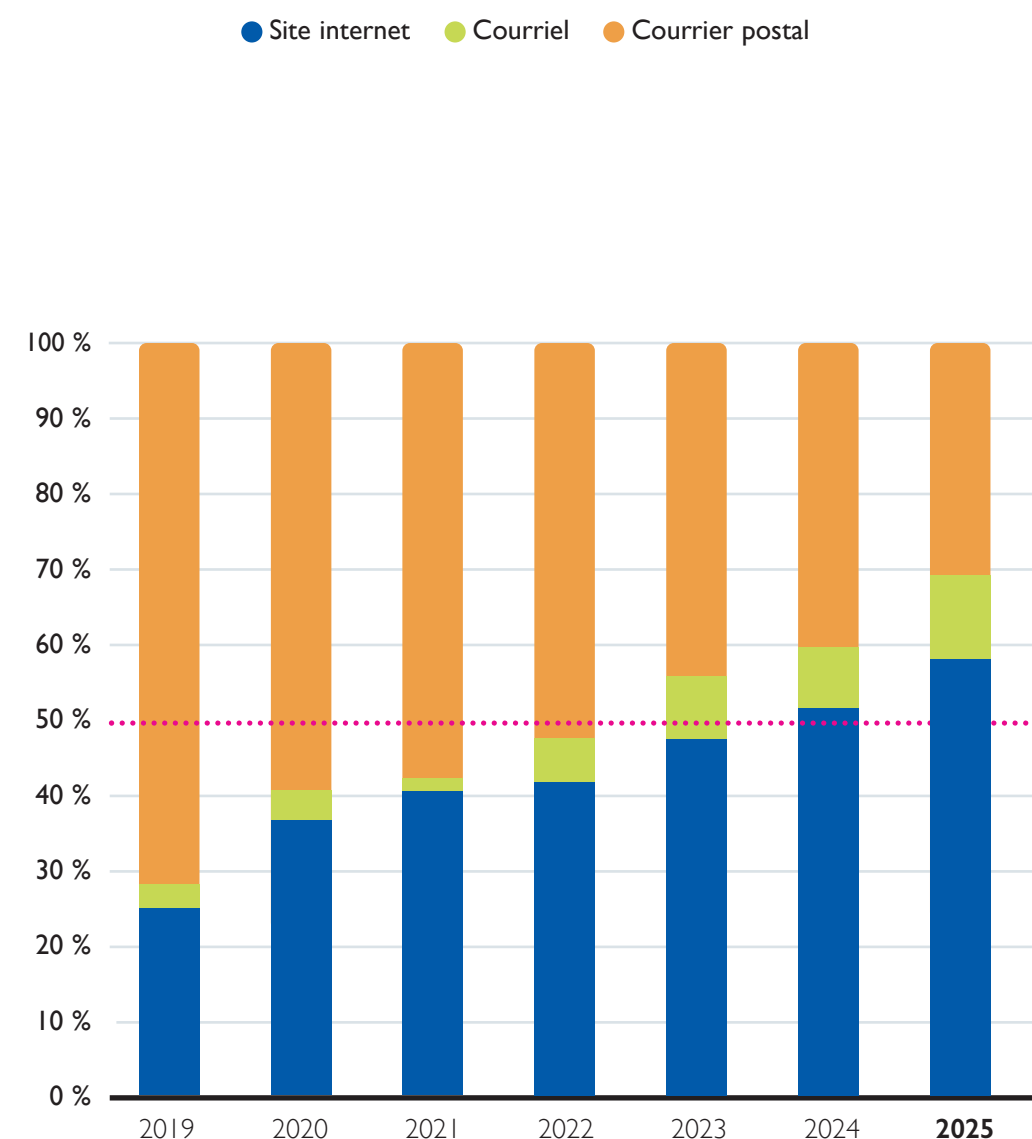
Ainsi, au cours des six dernières années, le nombre de dossiers reçus par la Médiation de l'Assurance a **plus que triplé**. ■



LES CANAUX DE RÉCEPTION DES SAISINES

En 2025, **70 %** des assurés ont saisi la Médiation de l'Assurance par voie électronique, notamment par l'intermédiaire du formulaire en ligne sur notre site internet. ■

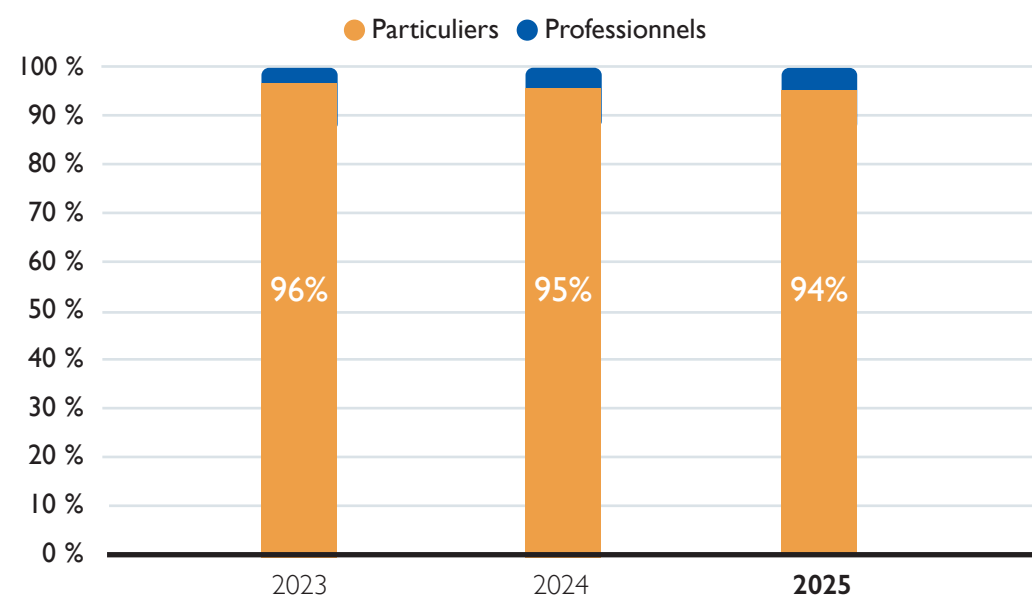
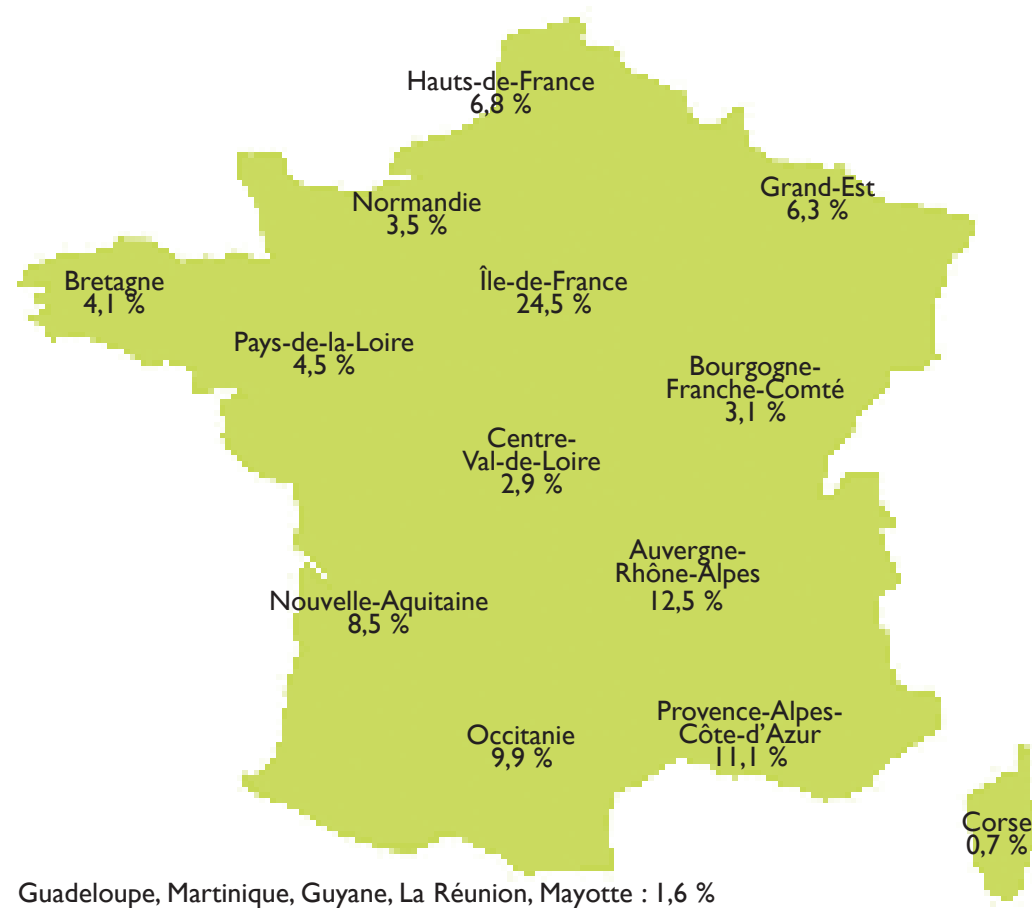
Pour saisir la Médiation de l'Assurance : mediation-assurance.org



LA PROVENANCE DES SAISINES

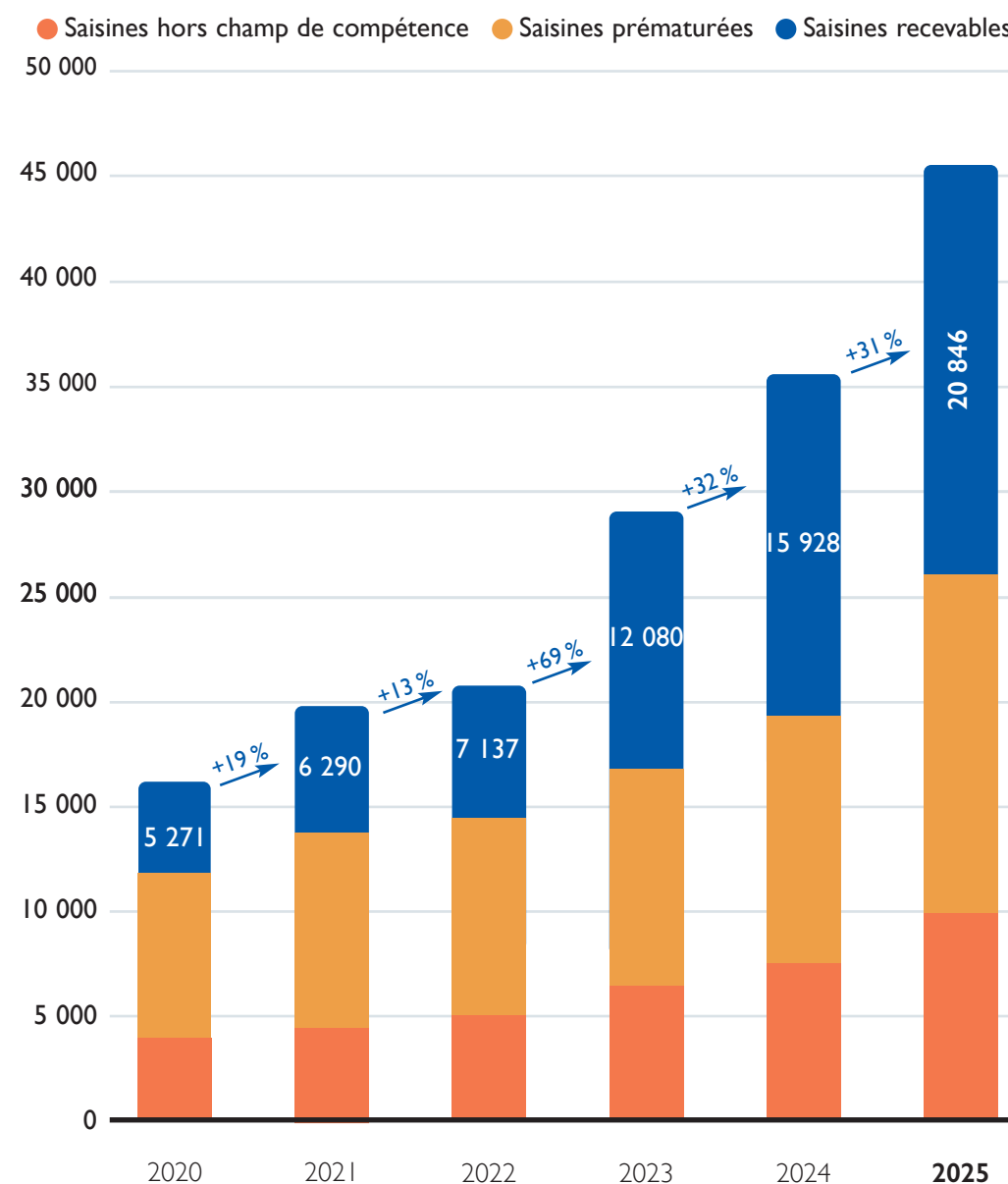
En 2025, près d'un quart des saisines provient de la région Île-de-France.

La Médiation de l'Assurance a été saisie par des particuliers dans 94 % des cas, et 6 % proviennent de professionnels. Par ailleurs, 119 saisines ont concerné cette année les collectivités territoriales, qui peuvent se tourner vers la Médiation de l'Assurance depuis 2023. ■



LA RECEVABILITÉ DES SAISINES REÇUES

En 2025, l'augmentation du nombre de saisines et un **taux de recevabilité de 45 %** ont conduit à une **hausse de 31 %** des dossiers entrés en médiation par rapport à l'année précédente, soit **20 846 nouveaux dossiers** à étudier par les équipes juridiques. ■



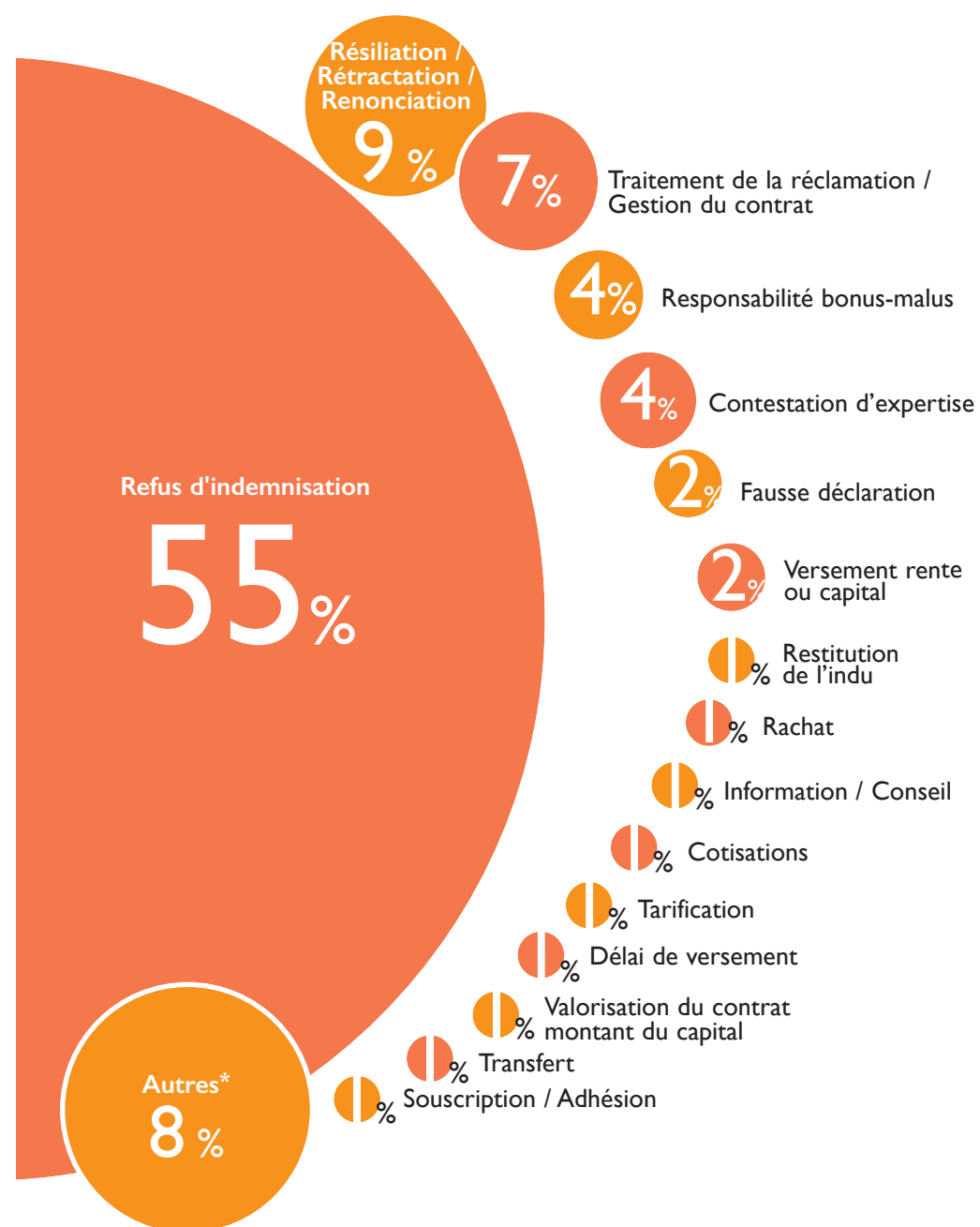
LES MOTIFS DE LITIGES

Les raisons du refus d'indemnisation de l'assureur sont encore très souvent incomprises par les assurés, si bien qu'elles sont la cause de plus de la moitié des saisines recevables en 2025.

La résiliation est toujours une cause fréquente de litige, conduisant les assurés à saisir la Médiation de l'Assurance.

Le traitement de la réclamation et la gestion du contrat restent la troisième cause de litige dans les saisines recevables en 2025, mais elle recule chaque année. En 2020, elle concernait près de 40 % des saisines, contre 7 % en 2025.

Cette année, les saisines ont présenté des enjeux financiers allant de 0 euro à 500 000 euros. ■

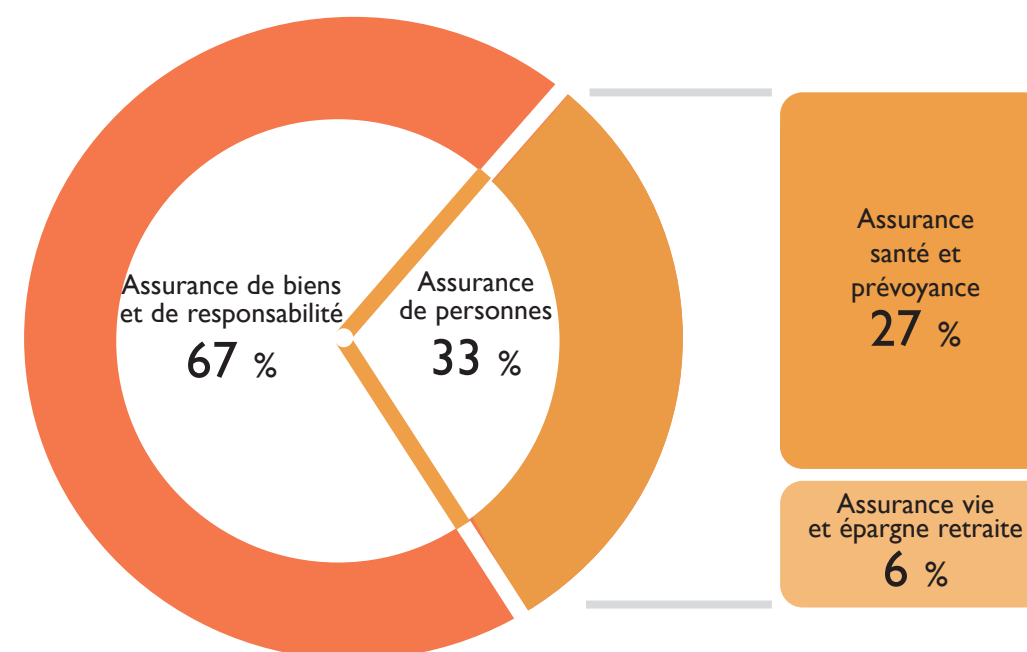


* Absence de garantie, arbitrage, clause bénéficiaire, déclaration tardive, fiscalité, fraude, mise en réduction, prescription, portabilité, maintien des garanties...

LA RÉPARTITION DES SAISINES RECEVABLES

L'assurance de biens et de responsabilité représente plus de 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

En 2025, 85 % des saisines portent sur les assurances automobile, habitation et les contrats d'assurance affinitaires.

Les contrats automobile et habitation restent les plus représentés dans les saisines reçues par la Médiation de l'Assurance (plus de 70 % en 2025). ■

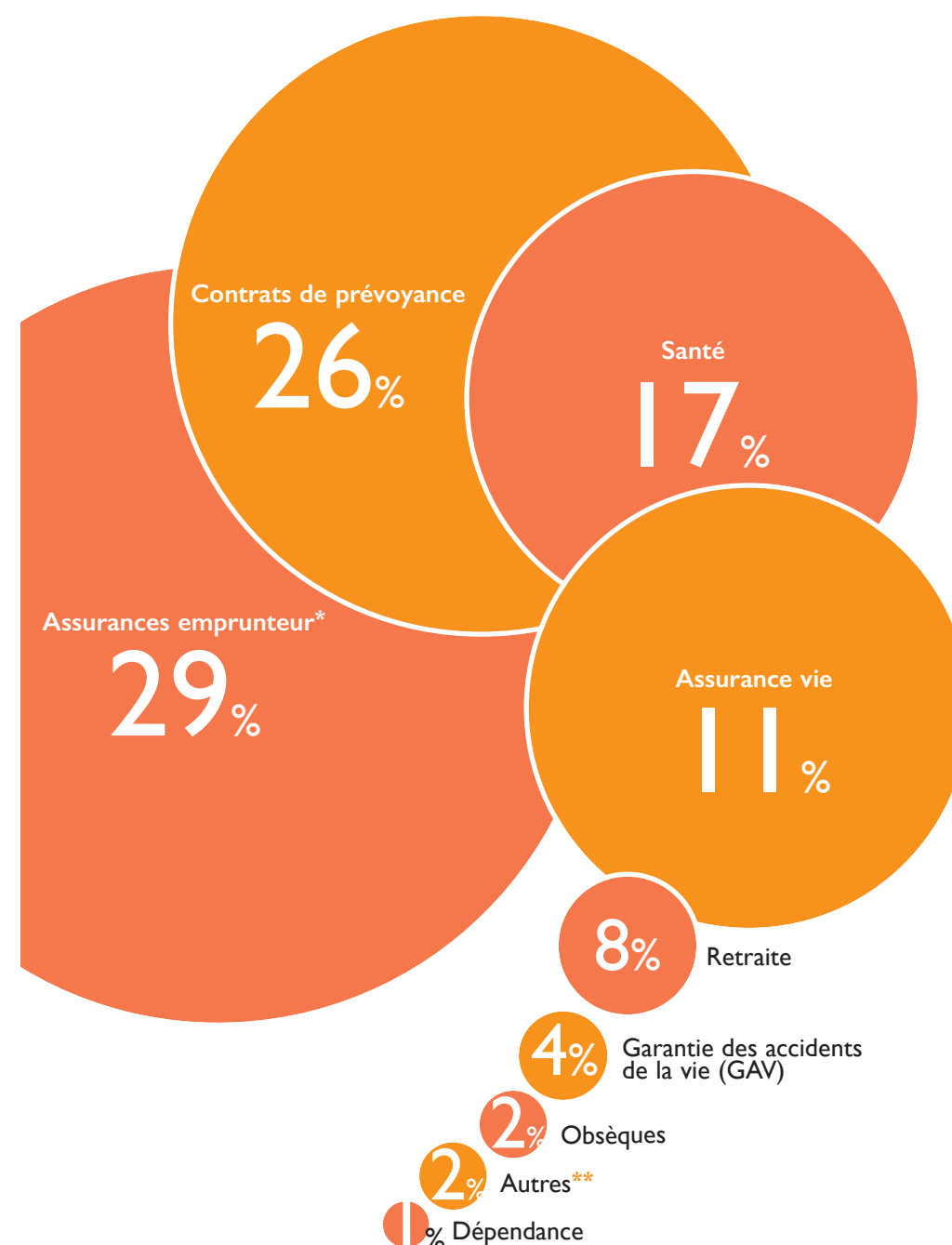


* Dont produits nomades : 5 % ; assurance voyage : 4 % ; carte bancaire : 3 % ; électro-ménager : 1 %.
** Plaisance, assurance scolaire...

LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

Les contrats d'assurance emprunteur, les contrats de prévoyance individuels ou collectifs (pertes de revenus, incapacité, invalidité, décès), ainsi que les contrats santé, avec plus de 70 % des saisines recevables en 2025, restent les principales sources de litiges en assurance de personnes.

L'assurance vie représente 11 % des dossiers recevables en 2025. ■



* Dont emprunts immobiliers : 25 % ; emprunts à la consommation : 4 %.
** Contrats mixtes, épargne handicap, individuelle accident, PEA...



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

2B

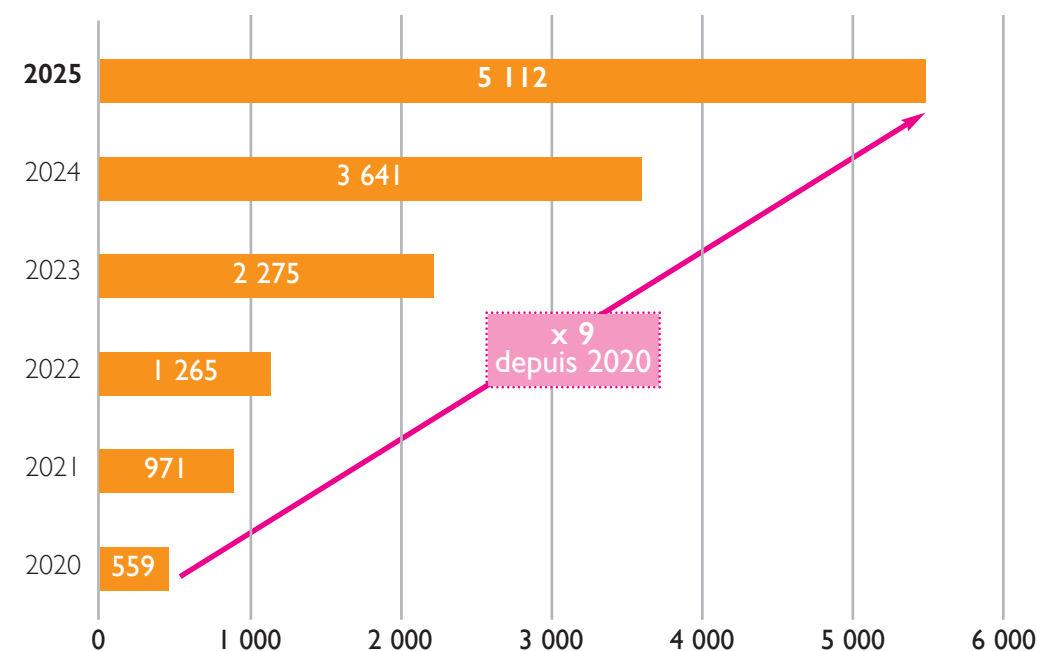
LES MÉDIATIONS
EFFECTUÉES

LES RÉOLUTIONS AMIABLES

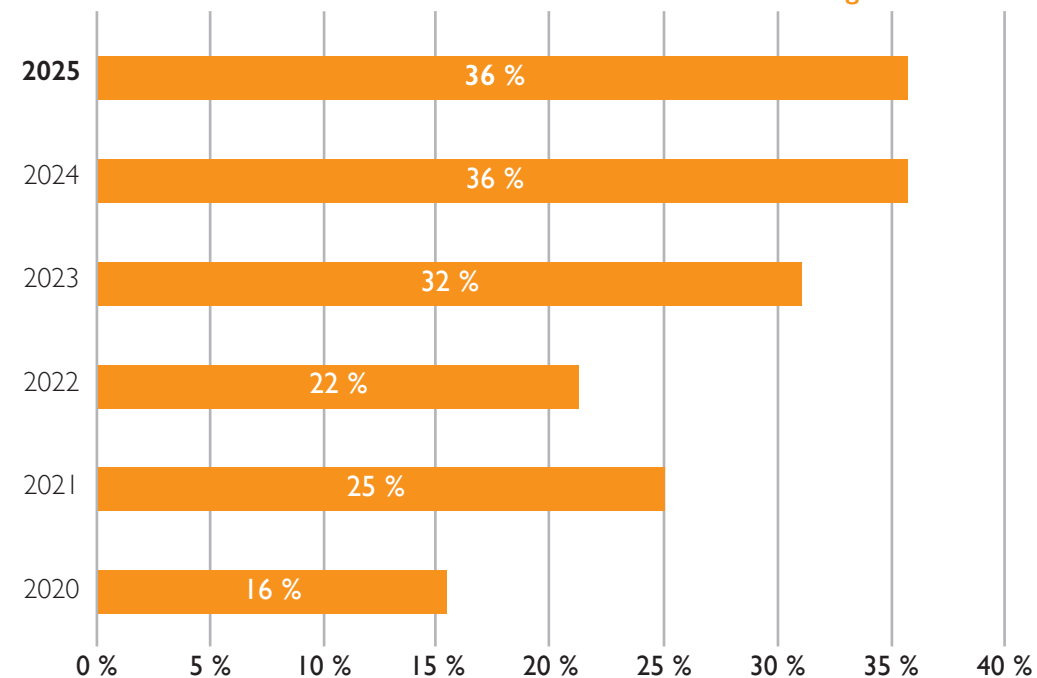
Les résolutions par transaction amiable de l'assureur, avant l'émission de la proposition de solution du Médiateur, ont connu une progression importante ces dernières années ($\times 9$ en 5 ans), pour représenter plus d'un tiers des litiges résolus en 2025.

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. ■

Résolutions amiables



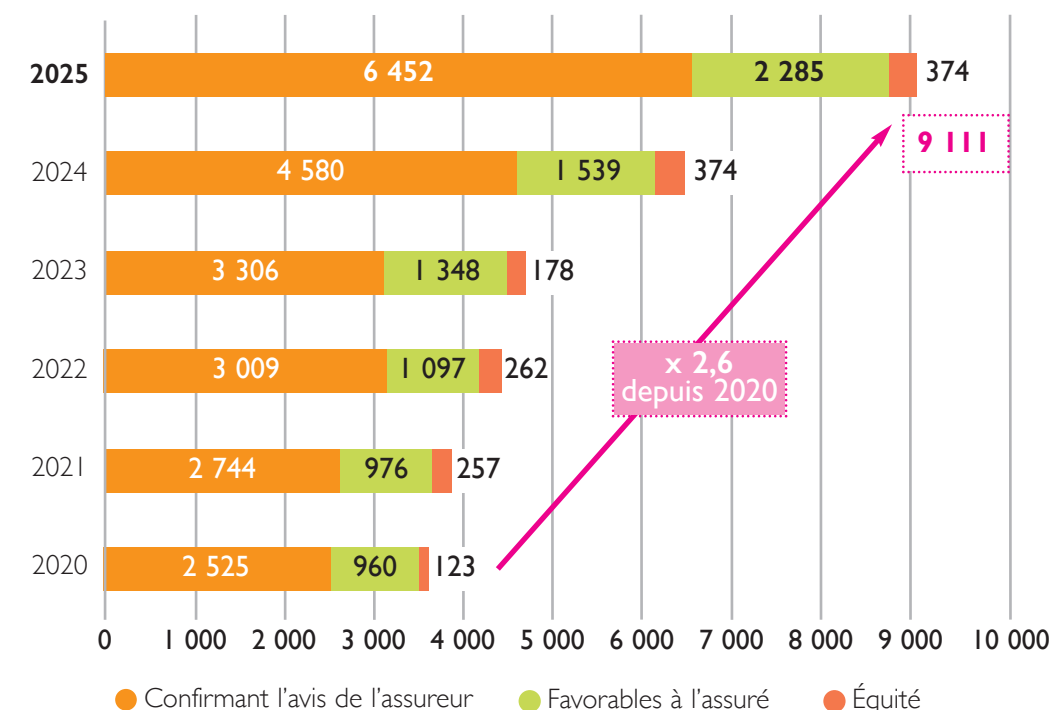
Part des résolutions amiables dans la résolution des litiges



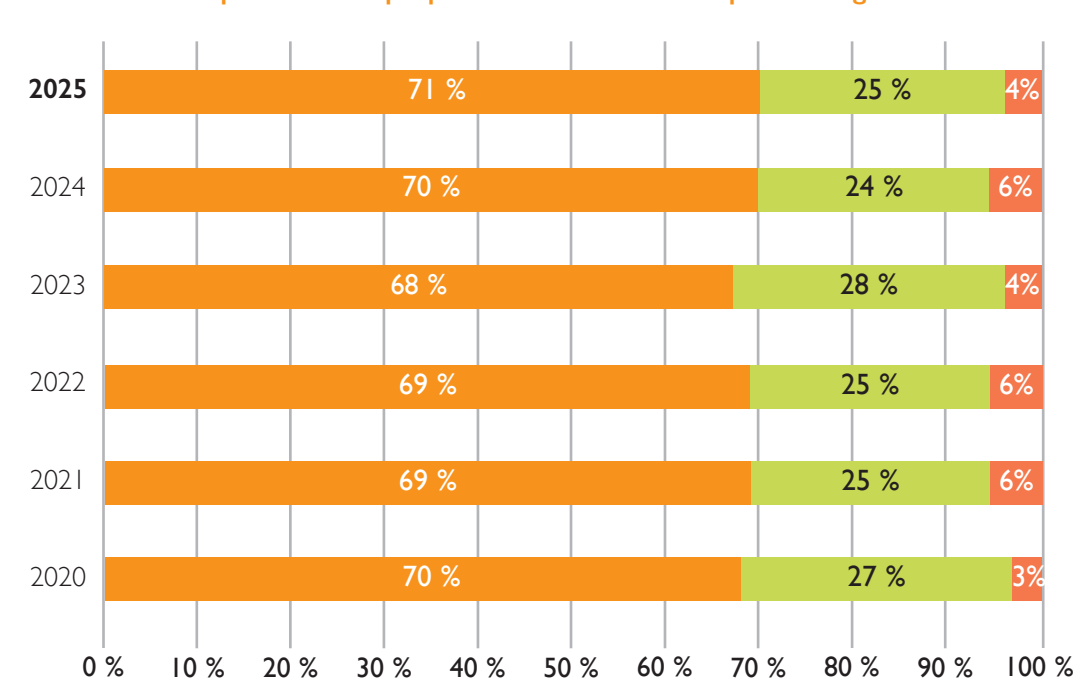
LES PROPOSITIONS DE SOLUTION

En 2025, la Médiation de l'Assurance a émis 9 111 propositions de solution, soit une augmentation de 40 % par rapport à 2024. ■

Répartition des propositions de solution



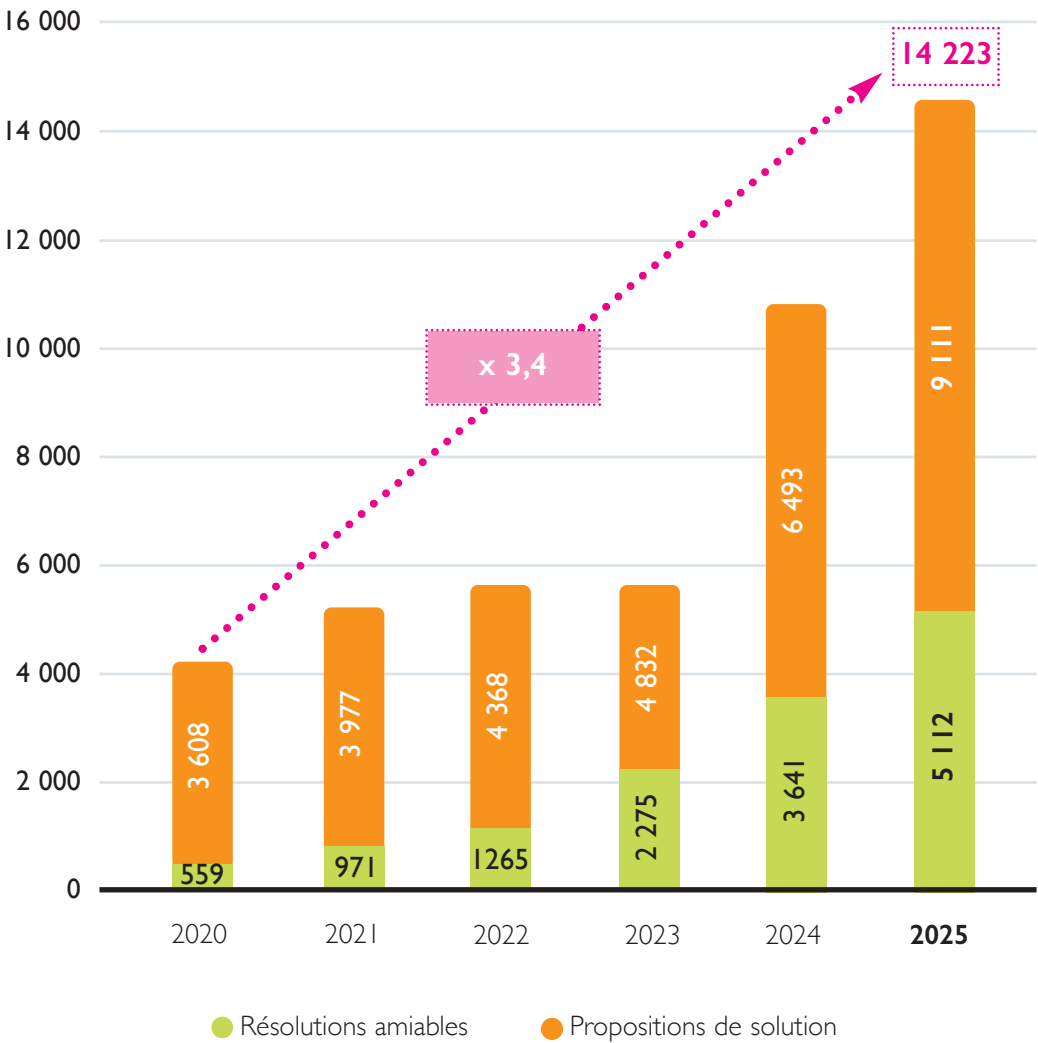
Répartition des propositions de solution en pourcentage



LES RÉOLUTIONS DE LITIGES

En 2025, 14 223 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. ■

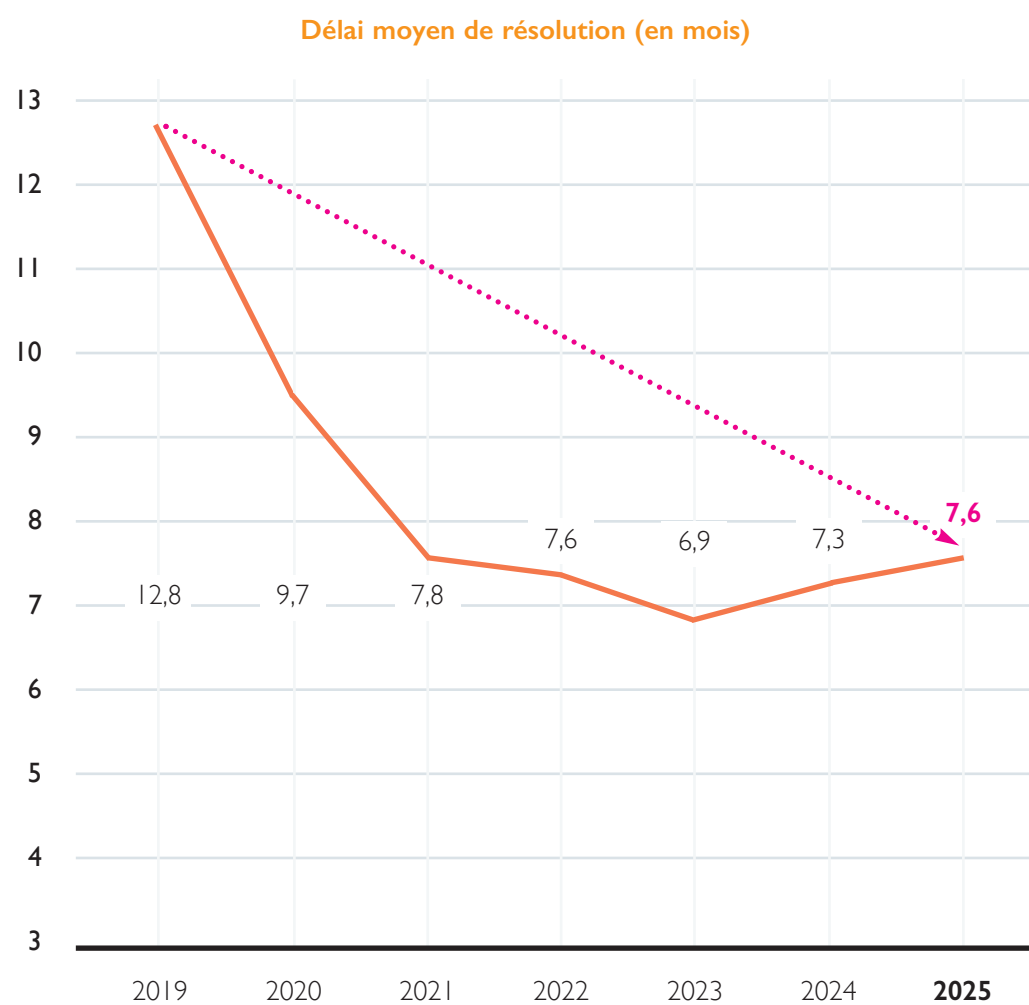


LES RÉOLUTIONS DE LITIGES



LES DÉLAIS DE TRAITEMENT

En 2025, le délai moyen pour aboutir à une solution a été de 7,6 mois.
 Dans 36,4 % des cas, les réclamants ont obtenu une solution à leur litige dans les 90 jours après leur saisine de la Médiation de l'Assurance. ■





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. Son mandat a été reconduit en mars 2023, puis en mars 2026, pour une durée de 3 ans.

Le conseil d'administration de l'association est présidé par Catherine Julien-Hiebel, Présidente du Comité consultatif du secteur financier (CCSF). Il est composé des personnalités suivantes :

Membres institutionnels	
◆ Véronique Bied-Charreton	Secrétaire générale d'Allianz France, représentant la Fédération française des sociétés anonymes d'assurance (FFSAA)
◆ David Charlet	Président de l'Association nationale des conseils financiers (ANACOFI)
◆ Grégoire Dupont	Directeur général de la fédération nationale des syndicats d'agents généraux d'assurance (AGEA)
◆ Daisy Facchinetti	Secrétaire générale d'ENDYA, association d'autorégulation du courtage
◆ Myriam Guigui	Directrice juridique Assurance et Distribution de Groupama, représentant l'Association des assureurs mutualistes (AAM)
◆ 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)
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)
◆ Corinne Dromer	Membre du Collège de l'Autorité des marchés financiers (AMF)
Membres non institutionnels désignés	
◆ Patrick Jacquot	Président-directeur général de la Mutuelle des Motards (AMDM)
◆ Emmanuelle Rivé	Déontologue d'AXA France
Trésorier	
◆ Grégory Gaudet	Trésorier et Secrétaire général de France Assureurs

(*) Organisations internationales non gouvernementales.

GOUVERNANCE ET RESSOURCES DE L'ASSOCIATION

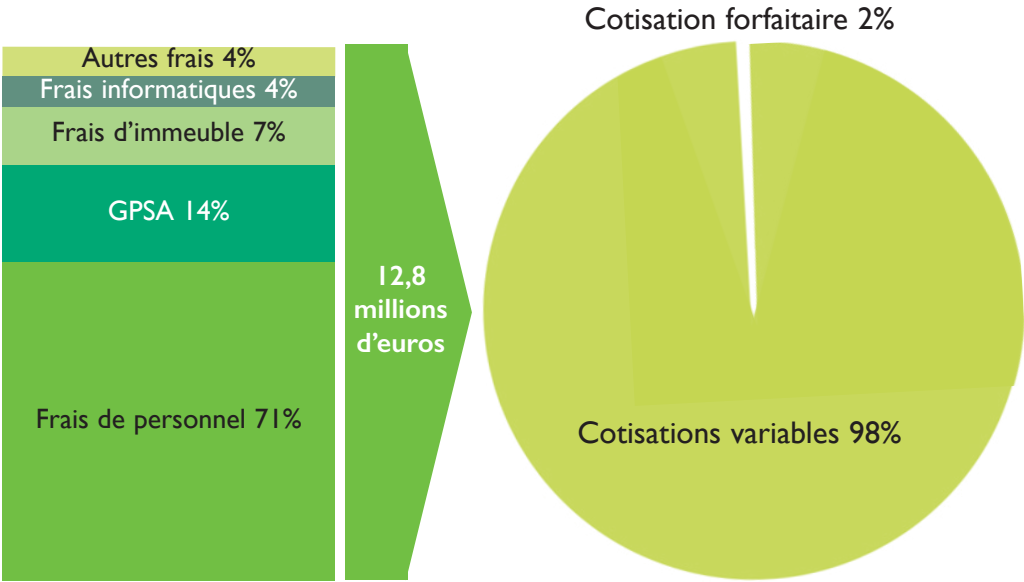
UN BUDGET DE 12,8 MILLIONS D'EUROS EN 2025

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 sont constitués 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 2025, LMA a présenté un budget de fonctionnement de 12,8 millions d'euros, dont 71 % 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 2025 14% du budget total, soit un coût de 1,7 million d'euros. ■



LES ADHÉRENTS DE LMA

La Médiation de l'Assurance regroupe différents métiers de l'assurance. En 2025, 450 adhérents représentant environ 30 000 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 d'agents généraux ;
 - ◆ ANACOFI Courtage, qui représente les conseillers en gestion de patrimoine indépendants dans leurs activités de courtage d'assurance ;
 - ◆ Endya ;
 - ◆ VotrAsso. ■



LES PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS

Les professionnels les plus représentés dans les saisines recevables reçues par la Médiation de l'Assurance sont les principaux contributeurs au budget, établi par répartition entre les adhérents. Compte tenu de l'importance de leurs parts de marché, les groupes d'assurance majeurs du pays figurent dans les tableaux ci-dessous. Ainsi, quinze groupes d'assurance financent plus de 80 % du budget de la Médiation de l'Assurance :

Société	2023	2024	2025
AXA	8,1 %	10,1 %	11,2 %
COVEA	8,3 %	8,0 %	9,0 %
CNP ASSURANCES	8,5 %	8,4 %	7,8 %
AEMA	9,1 %	8,0 %	7,2 %
ALLIANZ	5,6 %	5,8 %	7,0 %
GENERALI	7,5 %	7,1 %	6,5 %
GROUPAMA	8,0 %	6,7 %	6,0 %
CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES	5,0 %	5,7 %	5,9 %
MAIF	4,9 %	4,9 %	4,6 %
BPCE ASSURANCES	4,0 %	3,9 %	4,0 %
ASSURANCES DU CRÉDIT MUTUEL	3,0 %	3,8 %	3,8 %
SWISS LIFE	2,3 %	2,6 %	2,7 %
MATMUT	2,2 %	2,6 %	2,7 %
BNP PARIBAS CARDIF	2,3 %	3,2 %	2,7 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE ASSURANCES	2,1 %	2,4 %	2,5 %

LES PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS

Commentaire : 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. 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.■

ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

Société	2023	2024	2025
AXA	8,7 %	11,7 %	12,6 %
COVEA	11,1 %	10,7 %	11,8 %
AEMA	12,1 %	11,0 %	9,2 %
ALLIANZ	5,6 %	6,0 %	7,5 %
GROUPAMA	9,6 %	7,7 %	6,4 %
MAIF	7,1 %	6,9 %	6,3 %
GENERALI	6,2 %	5,7 %	5,3 %
CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES	4,5 %	4,4 %	4,7 %
ASSURANCES DU CRÉDIT MUTUEL	3,0 %	4,1 %	3,9 %
BPCE ASSURANCES	4,0 %	3,5 %	3,9 %
CNP ASSURANCES	3,4 %	4,1 %	3,8 %
MATMUT	3,2 %	3,6 %	3,7 %
BNP PARIBAS CARDIF	2,3 %	3,0 %	2,4 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE ASSURANCES	3,2 %	1,8 %	2,2 %
L'OLIVIER ASSURANCE	2,1 %	2,0 %	2,0 %

LES PRINCIPAUX CONTRIBUTEURS

ASSURANCE DE PERSONNES

Société	2023	2024	2025
CNP ASSURANCES	16,5 %	16,7 %	16,1 %
GENERALI	9,8 %	9,6 %	8,8 %
AXA	7,1 %	7,2 %	8,2 %
CRÉDIT AGRICOLE ASSURANCES	8,6 %	8,1 %	8,1 %
SWISSLIFE	5,3 %	6,2 %	7,0 %
ALLIANZ	5,6 %	5,4 %	5,8 %
GROUPAMA	4,9 %	4,9 %	5,1 %
BPCE ASSURANCES	4,0 %	4,4 %	4,2 %
ASSURANCES DU CRÉDIT MUTUEL	3,1 %	3,2 %	3,6 %
COVEA	3,0 %	3,0 %	3,4 %
MALAKOFF HUMANIS	3,0 %	3,6 %	3,2 %
BNP PARIBAS CARDIF	4,3 %	3,4 %	3,2%
AEMA	3,4 %	2,4 %	3,1 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE ASSURANCES	3,1 %	3,4 %	3,0 %
MUTEX	1,7 %	2,4 %	1,9 %

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.

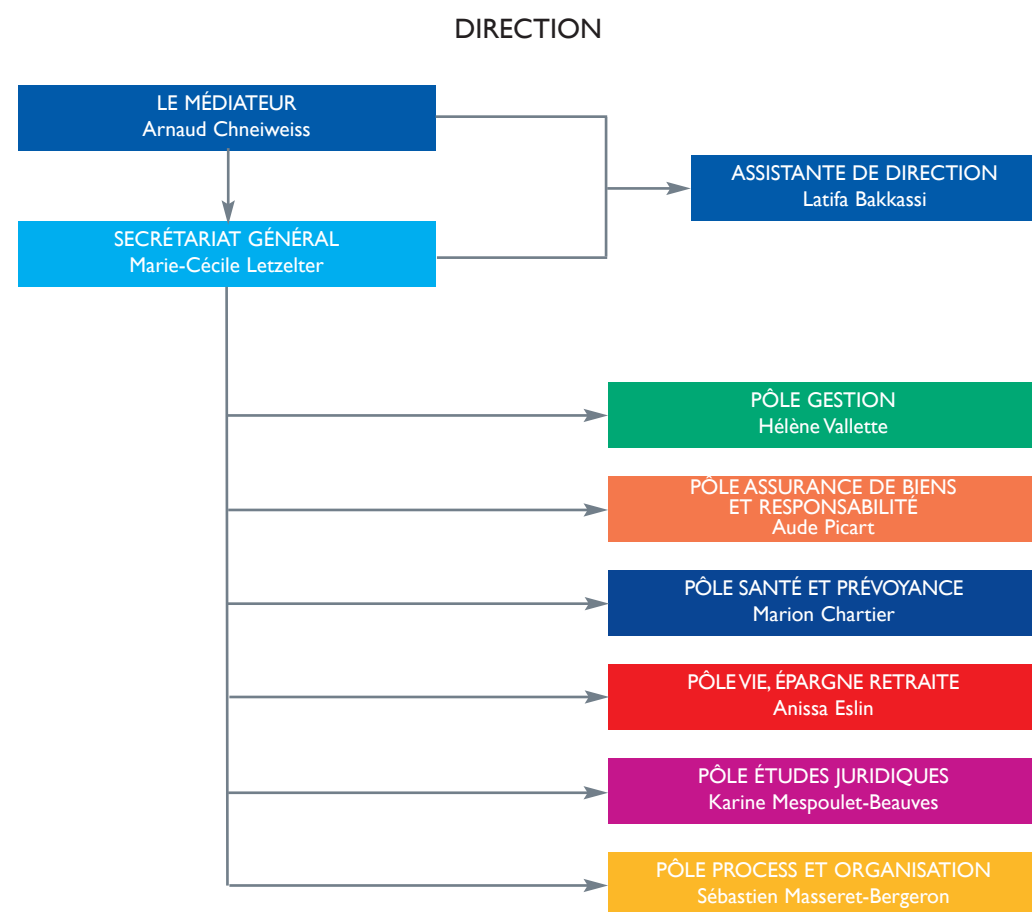
Au printemps 2026, le Médiateur est entouré d'une équipe de 130 personnes.

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 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 LMA AU 30 JUIN 2026



UNE ÉQUIPE DÉDIÉE À LA RÉOLUTION DES LITIGES

PÔLE GESTION

Juristes référentes

Laura Bensimon
Charlotte Lamy

Juriste confirmée

Nathalie Boudeau

Gestionnaires

Christophe Adrea
Nazha Belkhattaf
Khadija Benmiloudi
Florence Blanche
Lydie Caliste
Kanica Chhoeurn
Jennifer Christophe
Angélique Duchêne
Sophie Dumouchel
Thomas Dumouilla
Andrea Hermoso
Dhatta Issimaila
Sandra Lopez Tavares
Charlotte Loyer
Lydia Menguelti
Vanessa Mohamad
Rose-Martine Morino
Sanou Niang
Abel Nzanzu
Emeline Obert
Edgar Pied
Christine Pluquet
Rudy Quiterio
Myriam Sama
Christelle Yos Roun
**PÔLE ASSURANCE
DE BIENS ET
RESPONSABILITÉ**
Juristes référents
Joanna Audisio
Laura Beauvais
Sophie Costinesco
Murielle Gasnier
Juliette Papillat
David Schleiningier
Louise Terrier
Aurélien Toutou
Juristes expertes
Elise Bonnard
Séverine Caragliu
Mélanie Grancho
Sandrine Perrotel

Juristes confirmés

Valérie Ahonzo
Aurélien Durieux
Aurélien Ecker
Clarisse Grouselle
Sixtine de Laage
Delphine Lefebvre
Mélodie Lemoine
Elodie Luna
Yaya Mendy
Astrid Pittion-Rossillon
Quang Cuong Tran

Juristes

Marie-Sixtine
Arnaud-des-Lions
Flavie Audouze
Shona Bentaleb
Adèle Bloch
Laurine Bonnel
Anaëlle Boutault
Paola Brandolini
Anna Brousse
Gaëlle Dieupart
Héloïse Durand
Nicholas Emidi
Diane Ferreira-Da Costa
Mathilde Fuchs
Yélène Germé
Irma Hega
Shajini Iyathurai
Assia Lahcen
Cléo Lefevre
François Lepesqueur
Marion Luery
Cécile Millet
Olga Nzau
Marie-Clotilde Pareyn
Emma Passin
Jessica Soares
Aissata Sy
Max Tarin
Abdelkarim Zahidi
**PÔLE ASSURANCE
SANTÉ ET
PRÉVOYANCE**
Juristes référents
Sonia Mestari
Sandra Morin
Messika Oudjani
Morgane Viarnaud

Juristes expertes

Angéline Bich
Fiona Fontaine
Laura Montana
Léa Roger

Juristes confirmés

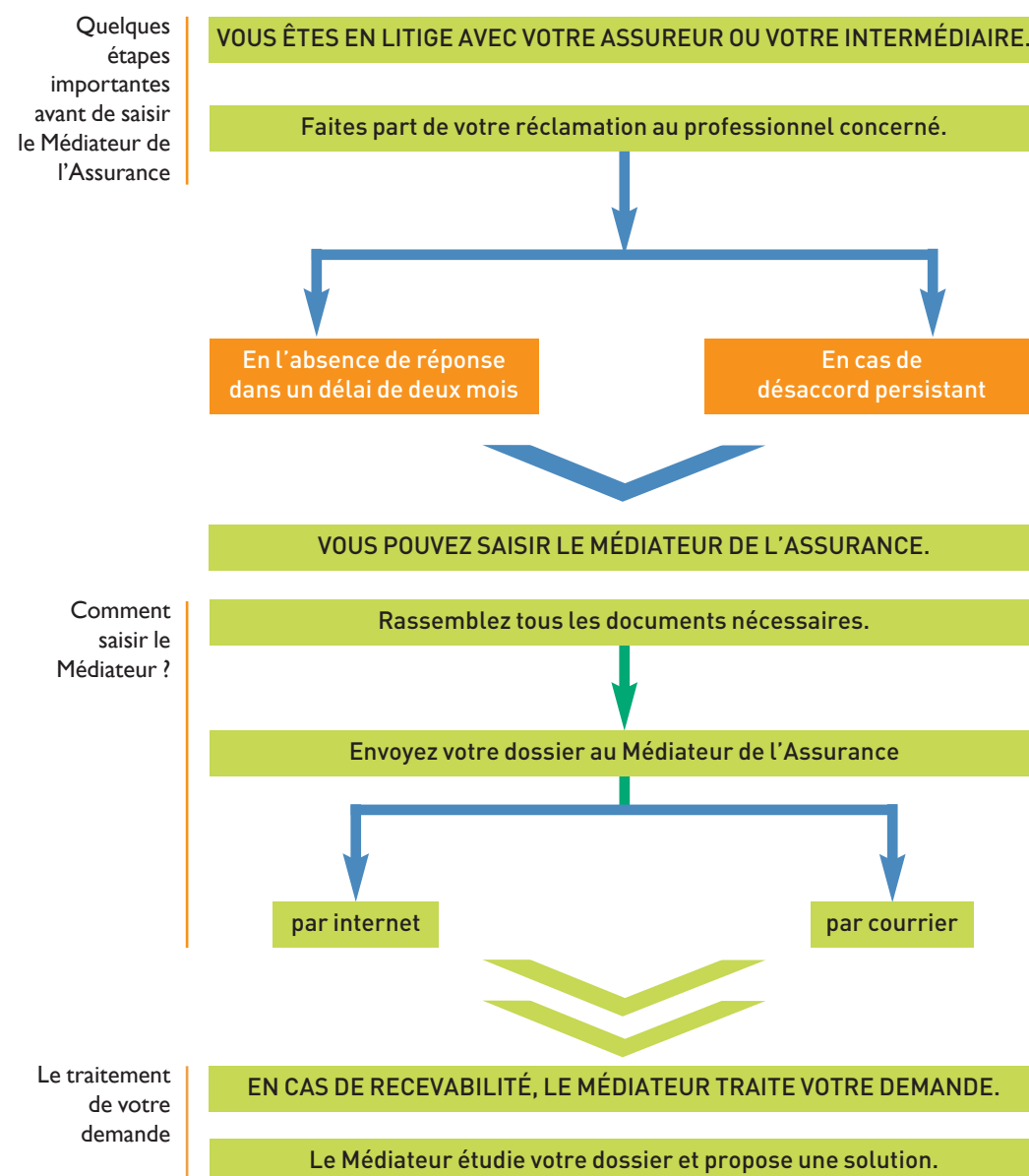
Valentine Bibron
Quentin Brousse
Coralie Désiré
Aurélien Felvia
Audrey Kibila
Ramatoulaye Ly
Valérie Preira

Juristes

Talal Alhajj Hassan
Dylan Almeida
Ysaline Blanc-Schembri
Margot Carnat
Hélios Germé
Amandine Lacouture
Chloé Penet
Pierrick Pourret
Sarah Saïf
Chaïmae Touil
Camélia Zouhani
**PÔLE ASSURANCE VIE,
ÉPARGNE RETRAITE**
Juriste experte
Christana Roig
Juristes confirmées
Pauline Benichou
Sandrine Gaston
Solène Hélias
Juristes
Clara Cappe
Prescillia Delteil
Nicolas Patron
Claudia Raby
**PÔLE
ÉTUDES JURIDIQUES**
Juristes confirmés
Cyprien Gamet
Mélanie Piel
Adeline Soares
Juriste
Hugo Rodrigues-Sousa
**PÔLE ORGANISATION
ET PROCESS**
Référente informatique
Johanna Kelban

LA PROCÉDURE DE MÉDIATION

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 I 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.

SÉVERINE CARAGLIU

TUTRICE ET JURISTE EXPERTE
Pôle Assurance de Biens et Responsabilité

**Quel est votre parcours ?**

Après un parcours en droit de l'économie (master Consommation et concurrence), j'ai obtenu un master 2 en droit des assurances à l'université de Montpellier. J'ai ensuite effectué un stage auprès d'une communauté de communes dans le Gard, qui portait sur le droit public et l'assurance prévoyance santé.

C'est directement après, en 2018, que je suis arrivée en tant que juriste junior à la Médiation de l'Assurance, il y a donc bientôt huit ans. J'ai ensuite évolué en tant que juriste confirmée, où j'ai pu gagner en autonomie.

Avec les nombreux recrutements des dernières années, le besoin de formation s'est accru, et on m'a proposé un poste un peu « à part » de tutrice formatrice auprès des nouveaux arrivants. Entre-temps je suis aussi passée juriste expert.

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

J'ai donc une double casquette : je suis juriste experte et tutrice (ou formatrice) au sein du pôle Assurance de biens et responsabilité (ABR).

En tant que formatrice, j'accueille tous les nouveaux arrivants du pôle ABR. Je leur explique d'une part les procédures et les outils mis en place au sein de la Médiation de l'Assurance, et d'autre part j'assure leur formation juridique, notamment dans le cadre de la préparation et de la rédaction des propositions de solution, que je relis et corrige, en leur apportant des précisions pour les faire évoluer.

Je suis également à leur disposition pour répondre à leurs questions, qu'elles soient d'ordre juridique, technique ou administratif.

À l'issue de ce temps de tutorat, dès qu'ils sont prêts et autonomes, ils rejoignent leur équipe sous la responsabilité de leur Référent.

Par ailleurs, en tant que juriste experte, j'interviens auprès des juristes référents en les aidant dans leur mission de relecture des propositions de solution.

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

Ce que j'apprécie, c'est la transmission. J'aime aider et voir l'évolution, et vraiment transmettre, surtout juridiquement.

Ce qui me plaît aussi, c'est la confiance qu'on m'accorde, parce que je travaille très bien en autonomie.

Votre métier en trois mots ?

Je dirais pédagogie, entraide et enrichissement, car j'apprends tous les jours. Mes tutorés, grâce à leur discussion, leur vision nouvelle et critique m'apportent aussi. C'est vraiment un échange, à chaque fois un travail d'équipe. ■



4

FOCUS

LA « FRAUDE » AUX VERSEMENTS EN ASSURANCE VIE

La Médiation de l'Assurance a été récemment confrontée à une hausse des saisines liées à des « fraudes » (souvent des faits pouvant être qualifiés d'abus de confiance et sanctionnés pénalement) affectant des opérations passées sur des contrats d'assurance vie.

LES TYPOLOGIES DE « FRAUDES » RECURRENTES EN ASSURANCE VIE

Les « fraudes » peuvent survenir en cours de contrat ou à l'occasion de son dénouement, et être réalisées au détriment aussi bien des assurés que des bénéficiaires des contrats.

En pratique, les fraudeurs parviennent à usurper l'identité de l'assuré ou du bénéficiaire et, à l'occasion d'une demande d'opération adressée à l'assureur (notamment un rachat, une avance ou le versement d'une quote-part bénéficiaire), lui transmettent un relevé d'identité bancaire (RIB) falsifié. Ainsi, lorsque l'assureur exécute l'opération sollicitée, les fonds sont versés au fraudeur.

Les fraudeurs sont généralement informés de l'existence d'un contrat d'assurance vie en interceptant un courrier, à destination de l'assureur ou de l'assuré, ou en piratant une adresse électronique et/ou l'espace personnel mis à disposition des assurés par la société ou l'intermédiaire d'assurance.

LES OBLIGATIONS DE L'ASSUREUR

En premier lieu, la société d'assurance est tenue de s'assurer que la demande d'opération émane bien de l'assuré ou du bénéficiaire du contrat. Si un ou plusieurs éléments semblent incohérents ou suscitent un doute, aussi léger soit-il, quant à l'identité de l'auteur de l'opération, elle doit procéder à une vérification complémentaire auprès de la personne concernée.

Ainsi, selon la Cour de cassation, l'assureur doit veiller à ce que les demandes de rachat qu'il reçoit émanent effectivement du souscripteur du contrat, notamment lorsque des circonstances particulières permettent d'en douter⁽¹⁾.

En cas de manquement à son obligation de vigilance, la société d'assurance est susceptible de voir sa responsabilité engagée, non seulement au titre du dommage financier supporté, mais également en raison des préjudices complémentaires éventuels éprouvés par la victime.

Dans un dossier soumis à la Médiation de l'Assurance, un intermédiaire en assurance a usurpé l'identité de son client et transmis à l'assureur, sans son autorisation, plusieurs demandes d'arbitrage portant sur des supports risqués. La signature apposée sur ces demandes était très différente de celle figurant sur la carte d'identité de l'assuré.

(1) Cass. 2^e Civ., 28 avril 2011, n° 10-15.053.

LA « FRAUDE » AUX VERSEMENTS EN ASSURANCE VIE

En conséquence, la société d'assurance a accepté de procéder à l'annulation rétroactive des opérations, lesquelles avaient engendré des moins-values importantes.

Ainsi, l'ensemble des demandes d'opérations, et non pas uniquement celles portant sur des versements de fonds, doit faire l'objet d'une vérification rigoureuse.

LES SIGNAUX D'ALERTE DE LA « FRAUDE »

Plusieurs signaux doivent alerter les assureurs quant à un risque de « fraude », bien qu'elle puisse parfois être difficile, voire impossible, à déceler.

À titre d'exemple, la Médiation de l'Assurance a été saisie par le bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie qui, après avoir transmis les pièces nécessaires au règlement des capitaux décès, indiquait ne pas avoir perçu les fonds. Il est apparu que l'assureur avait procédé au versement des capitaux sur un compte bancaire ouvert auprès d'un établissement dans lequel le réclamant ne détenait aucun compte.

Le relevé d'identité bancaire communiqué ne présentait aucune anomalie apparente : il ne comportait ni différence typographique notable ni faute d'orthographe, et était libellé au nom du bénéficiaire ainsi qu'à son adresse postale. Le code banque correspondait, en outre, à l'établissement bancaire émetteur du relevé.

Ainsi, aucun élément ne permettait de déceler son caractère frauduleux. Une copie de la pièce d'identité du bénéficiaire était également jointe, et l'enveloppe contenant ces documents, vraisemblablement interceptée après son envoi, correspondait à celle qu'il avait lui-même utilisée.

Aucune incohérence ou anomalie n'était susceptible d'attirer l'attention de l'assureur. Dans d'autres situations, la « fraude » est plus facilement décelable.

Ainsi, dans un autre cas, une société d'assurance avait réceptionné une demande d'avance accompagnée du règlement général des avances sur lequel était apposé une signature pouvant ressembler à celle de l'assuré, une copie de sa carte d'identité, un justificatif de domicile ainsi qu'un RIB. Or, quelques jours auparavant, les informations personnelles de l'assuré figurant sur son espace client avaient été modifiées (adresse électronique, numéro de téléphone et coordonnées bancaires).

La succession rapide d'opérations constitue un signal d'alerte qui doit conduire à des vérifications renforcées de la part des entreprises d'assurance.

En outre, après une analyse attentive des pièces communiquées par l'assuré, des incohérences ont été constatées sur les adresses postales figurant sur le justificatif de domicile, le RIB et la carte d'identité.

Ces éléments auraient également dû conduire la société d'assurance à effectuer une vérification complémentaire.

Les erreurs typographiques constituent un indice de « fraude ». En effet, dans de nombreux dossiers soumis à la Médiation de l'Assurance, les documents accompagnant les demandes d'opérations présentent des anomalies de forme, telles que des fautes d'orthographe, des incohérences typographiques ou matérielles, des maladresses de rédaction, ainsi que des erreurs portant sur l'orthographe des noms, prénoms ou adresses des assurés.

D'autre part, certaines demandes d'opérations sont incohérentes, que ce soit en raison du profil de l'assuré ou de ses habitudes. Tel est le cas, d'un assuré, retraité, âgé de 93 ans, qui a sollicité deux rachats concomitants, accompagnés d'un RIB issu d'une banque en ligne à destination des indépendants et des PME, supposée être utilisée dans le cadre d'une activité professionnelle. En outre, le RIB comportait une faute d'orthographe sur l'adresse postale de l'assuré et était donc entaché d'une anomalie flagrante.

En tout état de cause, tout changement de relevé d'identité bancaire doit donner lieu à une vérification de sa cohérence avec les informations personnelles de l'assuré.

Dans le cas exposé ci-dessus, l'identité de l'assuré n'avait à l'évidence pas été vérifiée en amont par l'assureur, puisque la demande de rachat émanait d'un courriel qui n'avait jamais été utilisé dans le cadre de leurs relations commerciales, et dans lequel deux lettres du nom de famille de l'assuré avaient été interverties.

Le caractère inhabituel de l'opération sollicitée doit également constituer un signal d'alerte.

À ce titre, l'obligation introduite le 24 octobre 2024⁽²⁾ de renouveler le devoir de conseil lors de toute opération affectant significativement le contrat devrait permettre d'en renforcer la

sécurisation, en imposant aux assureurs et aux intermédiaires d'assurance de contacter directement les assurés.

D'autre part, pour renforcer la sécurité des virements bancaires, les banques ont l'obligation, depuis le 9 octobre 2025⁽³⁾, de mettre en place un système de vérification du bénéficiaire.

Ce dispositif vérifie automatiquement que le nom du bénéficiaire qui a été renseigné dans l'ordre de virement est identique à son IBAN. En cas de non-concordance, la banque signale l'anomalie. Ainsi, lorsqu'une alerte est émise par l'établissement bancaire, la société d'assurance doit s'abstenir de confirmer le virement sans avoir préalablement contacté l'assuré ou le bénéficiaire du contrat.

CONCLUSION

Compte tenu de la recrudescence des situations de « fraude » résultant de la falsification de relevés d'identité bancaire, les entreprises d'assurance ont la responsabilité de mettre en place des mesures de sécurité complémentaires lors du traitement des demandes de règlement.

À cet égard, une procédure de confirmation préalable auprès des ayants droit, consistant notamment à vérifier que le relevé d'identité bancaire communiqué correspond bien au compte bancaire sur lequel les fonds doivent être versés, est de nature à renforcer la sécurité de l'opération.

Au préalable, la mise en place d'un contrôle renforcé lors des demandes de versement de prestations, permettant de vérifier l'identité des assurés et des bénéficiaires, ainsi que la cohérence des pièces fournies, devrait également contribuer à limiter les fraudes.

Ainsi, il appartient aux assureurs de former leurs collaborateurs à la détection des « fraudes » et à l'identification des signaux d'alerte.

Par ailleurs, si le développement de l'intelligence artificielle renforce les capacités des fraudeurs et facilite la mise en œuvre de leurs stratagèmes, il offre également aux assureurs des outils supplémentaires pour améliorer l'efficacité de leurs dispositifs de prévention et de détection des « fraudes ». ■

CLAUDIA RABY

⁽²⁾ Article L.522-5 III 3°) du Code des assurances, dans sa version issue de la loi n° 2023-973 du 23 octobre 2023, dite loi Industrie verte, entrée en vigueur le 24 octobre 2024.

⁽³⁾ Règlement européen 2024/886 du 13 mars 2024.

L'IMPORTANCE DE CONNAÎTRE LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DES CONTRATS D'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE

Les contrats d'assurance annulation de voyage constituent une catégorie des assurances de dommages, relevant des assurances dites « affinitaires ». En effet, ils sont généralement souscrits à l'occasion de l'achat d'un séjour ou d'un titre de transport, ou bien inclus dans les garanties de contrats d'assurance attachés à une carte bancaire. Ils présentent ainsi un caractère accessoire à un service principal, dont ils constituent le prolongement.

À la Médiation de l'Assurance, l'essentiel des litiges qui nous sont soumis en matière d'assurance annulation de voyage concerne le mécontentement des assurés quant aux conditions de mise en œuvre, lesquelles sont le plus souvent strictement encadrées et limitées.

À titre d'exemple, en cas d'annulation pour cause de maladie, les contrats exigent généralement une altération soudaine et imprévisible de la santé, constatée par une autorité médicale compétente avant l'annulation, empêchant la poursuite de l'activité professionnelle. Ne sont ainsi pas couvertes les maladies préexistantes dont l'assuré avait connaissance avant la souscription ou l'adhésion au contrat, celles qui, bien que soudaines et imprévisibles, n'impliquent pas la cessation d'une activité professionnelle, mais également celles qui ne sont constatées par l'autorité médicale qu'après l'annulation du voyage.

Les assurés pensent à tort être couverts en toutes circonstances et ne découvrent que lorsqu'ils souhaitent activer leur assurance que tel n'est pas le cas. Il existe donc un décalage entre le sentiment d'une couverture totale et la réalité constatée au moment où l'assuré souhaite mobiliser la garantie, ce qui engendre chez lui un sentiment de frustration, voire d'injustice.

L'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE À LAQUELLE L'ASSURÉ ADHÈRE LORS DE L'ACHAT D'UN SERVICE : « L'ASSURANCE COLLECTIVE DE DOMMAGES À ADHÉSION INDIVIDUELLE »⁽¹⁾

Dans ce cadre, il est essentiel que l'assuré prenne connaissance des dispositions du contrat d'assurance collectif souscrit par un courtier en assurance (ou une agence de voyages, etc.) auprès de l'assureur, auquel il adhère librement, afin de connaître l'étendue de ses garanties avant d'avoir besoin de mobiliser l'une d'entre elles.

Il doit lire attentivement le certificat d'adhésion, qui précise notamment l'identité de la ou des personnes assurées, le voyage concerné et les garanties souscrites, ainsi que la notice d'information (ou les conditions générales) applicable. Cette dernière constitue la principale source d'incompréhension pour les assurés, car elle décrit précisément l'ensemble des règles du contrat : c'est donc dans ce document que tout est défini (conditions de garanties, exclusions de garantie, modalités d'indemnisation...).

La notice d'information applicable est celle dont les références sont mentionnées dans le certificat d'adhésion, et doit correspondre à la version en vigueur lors de la souscription du contrat.

L'ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE LIÉE À LA CARTE BANCAIRE : « L'ASSURANCE POUR COMPTE »⁽²⁾

Dans ce contexte, il n'y a pas de certificat d'adhésion. L'assurance est directement adossée à la carte bancaire, de sorte que l'assuré ne peut s'en délier. Il s'agit alors d'une assurance pour compte, la banque ayant souscrit le contrat pour le compte de ses clients. C'est donc à cette dernière qu'il incombe d'informer correctement ses utilisateurs des garanties d'assurance dont ils disposent automatiquement avec leur carte bancaire. En pratique, il reste encore des progrès à faire sur ce point, car nombreux sont les détenteurs de carte bancaire qui ignorent l'existence de ces garanties.

La particularité dans cette hypothèse est que la notice d'information applicable est celle en vigueur au moment de la réalisation du voyage. L'information transmise par la banque est donc essentielle, afin que l'assuré puisse consulter la version qui lui sera applicable le cas échéant, les garanties pouvant évoluer au fil des années et des versions.

Par ailleurs, la connaissance des garanties dont il bénéficie via sa carte bancaire permet à l'assuré d'éviter de souscrire un autre contrat d'assurance annulation de voyage, dont les garanties pourraient se superposer à celles dont il dispose déjà.

CONCLUSION

Les contrats d'assurance annulation de voyage, quelle que soit leur nature juridique (« assurance collective de dommages » ou « assurance pour compte »), demeurent une source récurrente de litiges, en raison tant de la complexité de leur rédaction que de la méconnaissance des assurés, parfois entretenue par un manque de transparence des distributeurs.

Dans ce contexte, la prévention des différends suppose une information claire, loyale et accessible de la part des assureurs comme des établissements bancaires, des courtiers en assurance et agences de voyages (souscripteurs des contrats). Les assurés doivent, en parallèle, prendre connaissance avec attention de la documentation contractuelle afin d'en maîtriser les garanties et les limites.

Si la déception des assurés face à une limitation ou à un refus total de prise en charge peut se comprendre, elle ne doit pas faire oublier la logique économique de ces contrats. Ces derniers sont souvent proposés à un coût relativement faible au regard des montants des voyages assurés (notamment les assurances pour compte). Il peut donc apparaître illusoire d'imaginer la prise en charge totale d'un voyage à plusieurs milliers d'euros.

Effectivement, l'assureur est libre de déterminer, au sein du contrat, les risques qu'il entend ou non garantir, ainsi que les conditions de mise en œuvre des garanties.

Néanmoins, si l'assureur est libre de rédiger son contrat comme il l'entend (« assurance collective de dommages à adhésion individuelle » ou « assurance pour compte »), il devra tenir compte des spécificités de son contrat en cas de sinistre.

En effet, lorsqu'il s'agit d'opposer une clause limitative de garantie à l'assuré dans le cadre d'une assurance collective de dommages à laquelle il a adhéré individuellement, l'assureur doit, selon la jurisprudence⁽³⁾, prouver qu'il a porté ces clauses limitatives de garantie (exclusion de garantie, déchéance de garantie, etc.) à la connaissance de son adhérent-assuré au moment de la conclusion du contrat ou *a minima* avant la réalisation du sinistre.

Lorsqu'il s'agit d'opposer une clause de limitation de garantie à un assuré pour compte, il lui suffit de prouver qu'il a porté à la connaissance du souscripteur du contrat (généralement la banque) cette clause limitative de garantie pour pouvoir l'opposer ensuite à l'assuré pour compte. ■

ELISE BONNARD

(1) Article L.129-1 du Code des assurances.

(2) Article L.112-1 du Code des assurances.

(3) Cass. 2^e Civ., 5 mars 2020, n° 18-25.192.

LAURA BENSIMON

JURISTE RÉFÉRENTE EN ASSURANCE DE PERSONNES PÔLE GESTION



Quel est votre parcours ?

J'ai fait des études de droit. J'ai obtenu mon master 2 en assurance et responsabilité à l'UPEC (Université Paris-Est Créteil) en 2018. Il s'agissait d'un cursus d'un an en alternance, que j'ai effectué au Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI). J'ai ensuite travaillé dans plusieurs sociétés d'assurance.

J'ai intégré la Médiation de l'Assurance (LMA) au mois de février 2021, en tant que juriste junior au sein du pôle Prévoyance. Au terme de deux ans de pratique, j'ai acquis l'expérience nécessaire pour exercer

la mission de juriste confirmé. Dans ce cadre, j'ai eu l'opportunité de tutorer de nouveaux arrivants ainsi qu'une alternante, et cela m'a profondément intéressée.

C'est ainsi que j'ai commencé à envisager la mission de manager. Après cinq ans au sein de LMA, ma direction m'a proposé un poste de Juriste Référent.

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

Aujourd'hui, je suis Juriste Référente en assurance de personnes auprès des Conciliateurs au sein du pôle Gestion. Les assurances de personnes comprennent à la fois l'assurance prévoyance, emprunteur, complémentaire santé, et les contrats d'assurance sur la vie.

Le pôle Gestion est constitué des Notificateurs, qui déterminent la recevabilité des saisines, ainsi que des Conciliateurs. Le rôle des Conciliateurs est, d'une part, de vérifier la complétude des dossiers en vue de la rédaction d'une proposition de

solution par les juristes. D'autre part, pour certaines problématiques non complexes, de rédiger une proposition de solution « conciliation » afin de répondre le plus rapidement possible aux assurés.

En outre, j'ai pour mission d'encadrer l'équipe des Conciliateurs en assurance de personnes et d'assurer leur montée en compétence. Cela passe par des échanges quotidiens afin de répondre à leurs sollicitations et notamment, de les épauler dans le cadre de la complétude des dossiers, ce qui demande un peu de gymnastique intellectuelle pour passer d'un dossier à l'autre !

J'ai également pour mission de relire les propositions de solution rédigées par les Conciliateurs, afin de m'assurer que les positions retenues sont juridiquement exactes.

Je peux aussi être sollicitée par les Notificateurs sur des dossiers portant sur des contrats d'assurance de personnes ainsi

que par les juristes des différents pôles. Cette interaction inter-équipes est très enrichissante.

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

J'apprécie la diversité juridique des dossiers, mais ce qui me motive tout particulièrement, c'est l'aspect humain de mes missions de management. J'aime être disponible, pouvoir aider les assurés, mais aussi soutenir mon équipe : mon but est vraiment de les enrichir de mon expérience et cela me motive énormément.

Simplifier les choses, rendre accessible l'information, créer un lien et construire la confiance avec les Conciliateurs de mon équipe : je trouve cela véritablement gratifiant.

Votre métier en trois mots ?

Alors, je dirais **juridique, humain et collaboratif.** ■



5

ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ : ÉTUDES DE CAS

ÉTUDE DE CAS EN
ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

5A

LA RELATION CONTRACTUELLE





UN CONTRAT D'ASSURANCE PEUT ÊTRE VALABLE MÊME S'IL N'A PAS ÉTÉ SIGNÉ

Lors de la conclusion d'un contrat d'assurance, la signature manuscrite ou électronique des conditions particulières par l'assuré n'est pas indispensable pour que le contrat soit valablement formé.

CONTEXTE

En 2019, un assuré souscrit un contrat d'assurance de protection juridique. En 2024, l'assureur lui adresse l'avis de cotisation annuelle pour la nouvelle année d'assurance.

À réception de cet avis, l'assuré refuse de s'acquitter du paiement de la prime d'assurance. Il fait valoir auprès de son assureur qu'il n'a jamais apposé sa signature sur le contrat d'assurance de protection juridique. Il souligne également le fait qu'il n'a pas été informé de la tacite reconduction de ce contrat chaque année.

L'assuré réclame ainsi l'annulation de cet appel de prime. L'assureur refuse de faire droit à sa demande et procède à la mise en recouvrement de cette prime.

ANALYSE

Selon une jurisprudence constante de la Cour de cassation, conformément aux termes de l'article 1109 du Code civil, le contrat d'assurance est un contrat consensuel, c'est-à-dire qu'il est valable dès la rencontre des volontés de l'assureur et de l'assuré.

Ainsi, la validité d'un contrat d'assurance n'est pas subordonnée à la production d'un écrit. En effet, si le contrat d'assurance est bien établi par écrit, conformément à l'article L.112-3 du Code des assurances, l'écrit n'est nécessaire que dans un but probatoire.

Dès lors, le seul fait que les conditions particulières n'aient pas été signées par l'assuré ne signifie pas nécessairement que la formation du contrat puisse être remise en cause.

Seule l'absence de rencontre des volontés est susceptible de mettre en échec, d'un point de vue probatoire, sa formation.

Si l'assuré souhaite mettre fin au contrat, il peut procéder à sa résiliation conformément aux modalités prévues dans les conditions générales de son contrat, et notamment, en respectant un préavis d'au moins deux mois, avant l'échéance annuelle.

En l'absence de contrat signé, l'assureur peut se prévaloir, conformément à l'article 1361 du Code civil, d'un commencement de preuve par écrit, corroboré par un autre moyen de preuve (comme le paiement de la nouvelle prime), afin de démontrer une rencontre des volontés entre les deux parties quant à la conclusion du contrat.

Dans le cas présent, l'assuré ne conteste pas avoir demandé à souscrire la garantie protection juridique, en 2019. De plus, il a honoré le paiement des primes entre 2019 et 2023.

SOLUTION

Par conséquent, si l'assuré considère ne pas avoir souscrit ce contrat et bien qu'il n'ait pas signé les conditions particulières du contrat en 2019, les éléments transmis au dossier permettent de caractériser une rencontre des volontés, entre l'assureur et l'assuré, lors de la souscription en 2019.

La formation du contrat litigieux est donc considérée comme effective. Dès lors, conformément à l'article L.113-2 1° du Code des assurances, il incombe à l'assuré de s'acquitter du paiement de la prime d'assurance auprès de son assureur. ●

MÉLODY LEMOINE

L'article L.113-15-1 du Code des assurances impose à l'assureur de délivrer chaque année à l'assuré, personne physique, ayant souscrit un contrat d'assurance à tacite reconduction en dehors de son activité professionnelle, un avis d'échéance lui rappelant la date limite d'exercice de son droit de dénoncer la reconduction du contrat d'assurance.





L'EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION EN CAS DE SOUSCRIPTION À DISTANCE

La faculté pour l'assuré d'exercer son droit à renonciation en cas de souscription par téléphone passe par l'envoi des documents contractuels sur un support durable.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré, de façon dématérialisée à distance, à un contrat d'assurance de protection juridique à la suite d'un démarchage téléphonique.

Trois ans plus tard, il sollicite la résiliation immédiate de son contrat ainsi que le remboursement de l'intégralité des cotisations versées, au motif qu'il n'a pas reçu la documentation contractuelle et n'a pas été informé des possibilités de renonciation.

ANALYSE

Pour les contrats conclus à distance, le délai de renonciation de quatorze jours commence à courir 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⁾.

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 du modèle de lettre de renonciation, et non à compter de la date de conclusion du contrat.

Dans le cadre d'une souscription dématérialisée à distance, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve de la remise de la notice d'information et du modèle de lettre de renonciation sur un support durable. À défaut, il sera considéré que le droit de renonciation n'a pas été porté à la connaissance de l'assuré.

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

L'assuré doit notamment avoir accès aux notices d'information conservées de façon pérenne et non modifiable pour pouvoir, correctement et à tout moment, prendre connaissance des dispositions de son contrat⁽²⁾. Ces informations peuvent être fournies sur un support durable⁽³⁾.

Lors de la souscription, l'assuré a apposé sa signature sur différents documents, mais l'assureur n'apporte pas la preuve qu'il lui a remis les informations et documents exigés (notamment le modèle de lettre de renonciation au contrat) sur un support durable. L'assuré dispose donc de son droit de renonciation jusqu'à ce que cette preuve soit rapportée.

SOLUTION

L'assureur n'apporte pas la preuve de la remise de la notice d'information et du modèle de lettre de renonciation sur un support durable.

Le délai pour exercer le droit à renonciation de l'assuré court donc jusqu'à ce que l'assureur apporte la preuve de la remise de la notice d'information et du modèle de lettre de renonciation. ●

MÉLODY LEMOINE

Selon l'article L.112-2-1 du Code des assurances, le droit de renonciation ne s'applique pas aux contrats d'assurance automobile, aux contrats d'annulation de voyage et de bagage, aux contrats d'assurance dont la durée est inférieure à un mois et aux contrats déjà exécutés intégralement par l'assureur à la demande du consommateur.

⁽²⁾ Article L.111-9 du Code des assurances.

⁽³⁾ Article L.222-6 du Code de la consommation.





UN ENFANT N'EST PAS TOUJOURS COUVERT PAR LE CONTRAT D'ASSURANCE HABITATION DE SES PARENTS

L'assureur est libre de déterminer, au sein du contrat, les risques qu'il entend ou non garantir. Les définitions contractuelles qu'il retient précisent notamment les personnes assurées au titre du contrat, qui peuvent ainsi prétendre au bénéfice des garanties souscrites.

CONTEXTE

Un particulier souscrit un contrat d'assurance habitation, comportant notamment une garantie responsabilité civile – défense.

Lors de la survenance d'un accident de ski, le fils de l'assuré endommage les skis d'une tierce personne. L'assuré sollicite alors auprès de son assureur la prise en charge du remplacement dudit matériel.

L'assureur lui oppose un refus de garantie, au motif que son fils n'avait pas la qualité d'assuré au moment du sinistre.

ANALYSE

La garantie responsabilité civile – défense du contrat précise les personnes ayant la qualité d'assuré : « – le sociétaire, (...); – les enfants à leur charge; – les ascendants et descendants vivant au foyer du sociétaire ainsi que ceux séjournant au foyer pour la durée de leur séjour ».

Le contrat précise qu'un enfant à charge est un enfant du sociétaire et qu'il peut s'agir de « – l'enfant célibataire âgé, au 1^{er} janvier de l'année considérée, de moins de 21 ans, même s'il perçoit un salaire; – l'enfant célibataire âgé au 1^{er} janvier de l'année considérée de moins de 28 ans s'il poursuit ses études ou s'il est sans emploi, et à la condition que ses ressources annuelles (exception faite des bourses) ne dépassent pas le SMIC net, (...) ».

Les ascendants et descendants vivant au foyer du sociétaire sont ceux qui vivent « de manière effective et permanente avec le sociétaire. Lorsque l'ascendant-descendant ne vit pas de manière effective et permanente avec le sociétaire, il n'est pas assuré au titre de ce contrat ».

Si la définition de l'assuré retenue dans le contrat impose des critères précis, ces conditions doivent être remplies pour pouvoir prétendre au bénéfice des garanties du contrat.

Enfin, les ascendants et descendants séjournant au foyer du sociétaire sont ceux qui effectuent « un séjour temporaire d'une durée minimum d'une nuitée chez le sociétaire. Lorsque l'ascendant-descendant ne séjourne pas avec le sociétaire, il n'est pas assuré au titre de ce contrat ».

Conformément à l'article 1353 alinéa 1 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.

En l'occurrence, le fils de l'assuré était célibataire et avait 27 ans au moment du sinistre. Il était saisonnier durant les saisons d'hiver et d'été, travaillant ainsi environ sept mois par an. Lorsqu'il rentrait, le fils de l'assuré ne travaillait pas.

Le fils ne pouvait donc pas être considéré comme étant un enfant à charge au sens du contrat. Par ailleurs, puisqu'il ne vivait pas de manière permanente au domicile de l'assuré, et qu'il n'y séjournait pas lors de la survenance du sinistre, il ne pouvait pas être considéré comme assuré au titre du contrat.

SOLUTION

Le fils de l'assuré ne répondant pas à la définition contractuelle des personnes ayant la qualité d'assuré au contrat, la garantie responsabilité civile – défense ne saurait lui être délivrée pour le sinistre dont il est à l'origine. ●

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'ASSURÉ N'A PAS LA GARDE DU VÉHICULE SI LE PROPRIÉTAIRE EST À BORD

La garantie responsabilité civile à l'étranger peut couvrir les conséquences pécuniaires des dommages matériels causés par l'assuré à un tiers. Toutefois, si l'assuré a la garde du bien au moment du sinistre, les dommages ne seront pas pris en charge.

CONTEXTE

Lors d'un voyage en Nouvelle-Zélande, un assuré endommage le véhicule appartenant à son frère en heurtant une pierre. Il sollicite son assureur de carte bancaire afin de mettre en œuvre la garantie responsabilité civile à l'étranger.

Celle-ci prévoit notamment que sont garanties les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile pouvant incomber à l'assuré en raison de dommages matériels causés à un tiers au cours d'un voyage à l'étranger.

L'assureur refuse de prendre en charge le sinistre, au motif que le contrat exclut « tout dommage causé aux biens appartenant à l'assuré ou dont il a la garde au moment du sinistre ».

ANALYSE

Selon l'article 1353 alinéa 2 du Code civil, il appartient à l'assureur qui souhaite opposer une exclusion de garantie de démontrer que ses conditions d'application sont réunies. Il doit donc rapporter la preuve que les dommages ont été causés à un bien appartenant à l'assuré ou à un bien dont il a la garde au moment du sinistre.

Dans notre cas, l'assuré a eu un accident alors qu'il conduisait le véhicule de son frère. Pour pouvoir appliquer son exclusion de garantie, l'assureur doit donc démontrer le transfert de la garde du véhicule au profit de son assuré au moment du sinistre, c'est-à-dire le transfert de l'usage, du contrôle et de la direction du véhicule.

Le simple fait de conduire le véhicule appartenant à un tiers ne suffit pas à établir le transfert de la garde.

L'usage est le fait de se servir de la chose et d'en tirer profit. Le contrôle est l'aptitude du gardien à surveiller la chose, ainsi qu'à la maîtriser et l'utiliser dans toutes ses fonctionnalités, même complexes. Enfin, la direction est l'utilisation indépendante de la chose que le gardien utilise à sa guise, le pouvoir d'initiative sur le comportement de la chose.

Au regard des déclarations, il est bien établi que l'assuré conduisait le véhicule de son frère au moment du sinistre. Toutefois, le frère de l'assuré, propriétaire du véhicule, y était présent. Ainsi, l'assureur ne peut pas considérer que l'assuré disposait d'un pouvoir de contrôle et de direction sur le véhicule.

SOLUTION

L'assureur ne rapporte pas la preuve, qui lui incombe, que son assuré avait la garde du véhicule au moment du sinistre. Il ne peut donc pas lui opposer l'exclusion prévue au contrat. ●

SANDRINE PERROTEL

La garde d'un véhicule au moment du sinistre implique un transfert de l'usage, du contrôle et de la direction dudit véhicule. En l'absence d'une de ces trois conditions, l'assuré n'a pas la garde du bien.





L'USAGE D'UN PORTAIL COLLECTIF NE VAUT PAS TRANSFERT DE GARDE À L'ASSURÉ

Une clause d'exclusion visant les biens confiés ne s'applique pas à une porte de parking collectif d'immeuble lorsqu'elle est seulement utilisée par le locataire. Dans cette situation, le transfert de la garde juridique de la chose n'est pas établi.

CONTEXTE

Un assuré heurte avec son véhicule le portail automatique du parking de la résidence où il loue un appartement. Il sollicite la mise en œuvre de son contrat d'assurance automobile pour la prise en charge des dommages causés à son véhicule et au portail.

L'assureur accepte de prendre en charge les dommages au véhicule, mais refuse d'indemniser ceux causés au portail. Il invoque une clause d'exclusion de la garantie responsabilité civile pour les dommages causés à des « biens loués ou confiés à n'importe quel titre au conducteur du véhicule assuré ».

L'assuré conteste cette décision. Il fait valoir que le portail est la propriété du syndicat des copropriétaires et qu'en tant que locataire, il n'en a qu'un usage fonctionnel, sans qu'aucun pouvoir de gestion ou de contrôle lui soit attribué. Ainsi, sa situation ne remplit pas les conditions du transfert de la garde juridique d'un bien.

ANALYSE

La clause d'exclusion invoquée par l'assureur reprend le point 4° de l'article R.211-8 du Code des assurances, qui permet d'exclure les dommages causés à des choses confiées au conducteur. Cette clause est valable, mais son application nécessite que l'on démontre un transfert effectif de la garde du bien concerné.

Or, la notion de bien « confié » implique un pouvoir d'usage, de direction et de contrôle, caractéristiques de la garde juridique d'un bien. La simple mise à disposition d'un boîtier d'ouverture ne suffit pas à caractériser une telle situation. La cour d'appel

Une clause d'exclusion fondée sur les biens confiés ne s'applique que si l'assuré a la garde effective du bien, c'est-à-dire un pouvoir de direction, d'usage et de contrôle. Ce n'est pas le cas pour un usage ponctuel et collectif.

d'Aix-en-Provence a jugé, dans une affaire similaire, que l'usage ponctuel d'une porte de parking n'en transfère pas la garde, qui reste entre les mains du syndicat des copropriétaires, seul responsable de la chose commune⁽¹⁾.

Dans le cas présent, l'assuré ne dispose d'aucune maîtrise autonome du portail. Il ne peut ni en organiser l'entretien, ni en restreindre l'accès, ni en modifier le fonctionnement. Il se contente d'en faire un usage ordinaire, à l'instar de tout résident. De plus, la garde ne pouvant être partagée entre utilisateurs et copropriété, il ne peut être soutenu que l'assuré aurait exercé une garde conjointe ou alternative.

Enfin, qualifier ce portail de bien « loué » serait juridiquement inexact, dans la mesure où seules les parties privatives sont concernées par le contrat de location de l'appartement. Les parties communes, elles, restent indivisément la propriété du syndicat de copropriétaires.

SOLUTION

En l'absence de transfert de garde du portail, la clause d'exclusion invoquée ne trouve pas à s'appliquer. Le portail ne peut être assimilé à un bien confié ou loué à l'assuré au sens du contrat. Dès lors, l'assureur est tenu de prendre en charge les dommages causés au portail, dans le cadre de la garantie responsabilité civile. ●

YAYA MENDY

Le fait pour un locataire d'avoir accès à une partie commune, comme un portail d'immeuble, ne suffit pas à caractériser un transfert de garde. L'usage ne doit pas être confondu avec la maîtrise juridique de la chose.

(1) CA Aix-en-Provence, 6 mai 2008, n° 06/20750.





AU DÉCÈS DE L'ASSURÉ, L'OBLIGATION D'ASSURANCE DE SA VOITURE INCOMBE À SON HÉRITIER

Le propriétaire d'un véhicule terrestre à moteur doit l'assurer en responsabilité civile, et ce, même si ce dernier est immobilisé dans un garage privé, dès lors qu'il est apte à circuler. À ce titre, il ne peut prétendre au remboursement des cotisations.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile. Lors de son décès, l'assurance du véhicule, et les obligations y afférentes, sont transmises à son épouse, en tant qu'héritière⁽¹⁾. Celle-ci demande alors à l'assureur de suspendre le contrat, dans l'attente de la clôture de la succession.

L'assureur refuse, au motif que l'assurance du véhicule est obligatoire en vertu de l'article L.211-I du Code des assurances.

La réclamante conteste cette décision et fait valoir que l'assureur doit suspendre le contrat d'assurance du fait de l'immobilisation du véhicule, stationné dans son garage privé. Elle précise également qu'elle n'est pas titulaire du permis de conduire. À ce titre, elle demande un remboursement des cotisations d'assurance versées depuis le décès de son époux.

ANALYSE

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

Bien qu'immobilisé, un véhicule peut causer des dommages à un tiers. Il appartient donc au propriétaire du véhicule d'assurer au minimum ce dernier au titre de la responsabilité civile.

⁽¹⁾ Article L.121-10 du Code des assurances.

L'article rend obligatoire la couverture par un contrat d'assurance de tout véhicule destiné à circuler, au moins au titre de la responsabilité civile. Même immobilisé, un véhicule peut se trouver impliqué dans un accident de la circulation au sens de la loi Badinter du 5 juillet 1985, entraînant la responsabilité civile de son propriétaire.

Ainsi, l'assuré ne doit pas faire cesser ses garanties tant que l'objet du contrat, le véhicule, n'a pas disparu et qu'il en est toujours propriétaire.

La cause de l'obligation de paiement de la cotisation par l'assuré est constituée par les garanties que lui offre l'assureur en cas de sinistre. L'assureur garantit la responsabilité civile, de sorte qu'en cas de sinistre provoqué par le véhicule, il est tenu d'intervenir dans la réparation des préjudices causés aux tiers.

Dès lors, le contrat d'assurance devant persister en dépit de l'immobilisation du véhicule, l'assuré est tenu au paiement des primes.

SOLUTION

Bien que le véhicule ait été immobilisé dans le garage de la nouvelle assurée, qui n'est pas titulaire du permis de conduire, le contrat d'assurance ne peut pas être suspendu tant que le véhicule est apte à circuler et reste sa propriété.

La cotisation étant la contrepartie du risque que l'assureur accepte de garantir, l'assureur n'est pas tenu de procéder au remboursement des primes versées.●

MARIE-CLOTILDE PAREYN

Si l'assuré souhaite réduire ses autres garanties du fait de son immobilisation (par exemple, supprimer la garantie dommages tous accidents, la garantie vol, etc.), il peut demander conseil à son assureur afin que ce dernier puisse lui proposer une offre adaptée à ses besoins.





LA GARANTIE DE LIVRAISON EST UNE PROTECTION ESSENTIELLE POUR LES MAÎTRES D'OUVRAGE

Dans le cadre d'un contrat de construction de maison individuelle (CCMI), le garant est tenu de verser des pénalités de retard au maître d'ouvrage en cas de non-respect du délai de livraison des travaux prévu contractuellement.

CONTEXTE

Le maître d'ouvrage d'un chantier de construction de maison individuelle a souscrit un contrat d'assurance intitulé « Acte de cautionnement nominatif de garantie de livraison à prix et délais convenus ».

Le procès-verbal de réception des travaux a été signé avec le constructeur de maisons individuelles, sans réserve, mais quatre mois après la date prévue de réception de travaux. L'assuré a donc demandé le versement des pénalités de retard prévues au contrat.

ANALYSE

L'article L.231-6 du Code de la construction et de l'habitation (CCH) dispose que, « En cas de défaillance du constructeur, le garant prend à sa charge : [...] c) Les pénalités forfaitaires prévues au contrat en cas de retard de livraison excédant trente jours [...] ». L'alinéa II du même article précise : « Dans le cas où le garant constate que le délai de livraison n'est pas respecté ou que les travaux nécessaires à la levée des réserves formulées à la réception ne sont pas réalisés, il met en demeure sans délai le constructeur soit de livrer l'immeuble, soit d'exécuter les travaux. Le garant est tenu à la même obligation lorsqu'il est informé par le maître de l'ouvrage des faits sus indiqués ».

Enfin, l'alinéa IV ajoute que « La garantie cesse lorsque la réception des travaux a été constatée par écrit et, le cas échéant, à l'expiration du délai de huit jours prévu à l'article L.231-8 pour dénoncer les vices apparents ou, si des réserves ont été formulées, lorsque celles-ci ont été levées ».

La défaillance du constructeur peut trouver son origine dans l'inexécution ou la mauvaise exécution des travaux.

De plus, la garantie de livraison fait partie des conditions suspensives au sens de l'article L.231-4 du CCH. Il s'agit d'un élément essentiel du CCMI, en ce que le garant se porte caution solidaire du constructeur contre les risques d'inexécution ou de mauvaise exécution des travaux prévus au contrat par ce dernier. Dès lors, lorsque le maître d'ouvrage constate le retard de livraison ou des désordres affectant les travaux, il peut solliciter l'intervention du garant, en dépit d'une procédure collective ordonnée à l'encontre du constructeur.

Même en cas de situation financière difficile de l'entreprise de construction, la notion de défaillance est décorrélée de cette situation.

Dans notre cas, il s'est écoulé quatre mois entre la date de livraison contractuellement prévue et la signature du procès-verbal de réception des travaux sans réserve, ce qui constitue une défaillance du constructeur de maisons individuelles.

Dès lors, le garant doit prendre en charge, conformément à l'article L.231-6 du CCH, les pénalités de retard calculées à partir de la date prévisionnelle de l'achèvement des travaux jusqu'à la date de réception sans réserve.

SOLUTION

Le garant est tenu de verser à l'assuré les pénalités de retard, dont est redevable le constructeur en raison de sa défaillance dans son obligation de livraison dans le délai convenu au contrat de construction d'une maison individuelle, pour la période comprise entre la date prévue et la date effective de livraison des travaux. ●

SIXTINE DE LAAGE DE MEUX

Le garant est invité à se conformer aux dispositions légales et contractuelles pour procéder au versement des pénalités de retard.



ÉTUDE DE CAS EN
ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

5B

L'APPLICATION DU CONTRAT





LES CONDITIONS D'OPPOSABILITÉ DE LA CLAUSE DE PRESCRIPTION

Pour être valablement opposée, la clause de prescription biennale doit répondre aux exigences légales et jurisprudentielles.

CONTEXTE

Après de violents orages, un skate-park de la commune assurée a été inondé. Un arrêté de reconnaissance de l'état de catastrophe naturelle relatif aux inondations et coulées de boue a été publié en mai 2019 au Journal officiel de la République française (JORF). Après les opérations d'expertise, en janvier 2020, l'assureur a formulé une offre de règlement à hauteur de 230 000 euros, à laquelle la commune assurée n'a pas donné suite. En janvier 2023, la commune est revenue vers son assureur afin d'obtenir l'indemnisation de son sinistre. Celui-ci a refusé, au motif que l'action de l'assurée était prescrite au regard des dispositions de l'article L.114-1 du Code des assurances.

ANALYSE

L'article R.112-1, alinéa 9 du Code des assurances précise que les polices d'assurance « doivent rappeler les dispositions des titres Ier et II du livre I^{er} de la partie législative du présent code concernant (...) la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance ».

En application de ces dispositions, la Cour de cassation considère que les contrats doivent rappeler le délai biennal prévu par l'article L.114-1 du Code des assurances⁽¹⁾, les causes d'interruption de la prescription énumérées à l'article L.114-2 du même Code⁽²⁾, les causes d'interruption de la prescription de droit commun, ainsi que les différents points de départ de la prescription⁽³⁾.

À défaut de mention de ces différents éléments dans le contrat, la jurisprudence estime que la prescription biennale ne peut pas être opposée à l'assuré⁽⁴⁾.

Lorsque la clause de prescription biennale figurant dans la police d'assurance ne remplit pas les exigences légales et jurisprudentielles, l'assureur ne peut pas prétendre, par substitution à la prescription biennale, à l'application de la prescription de droit commun.

(1) Cass. 2^e Civ., 14 janvier 2010, n° 09-12.590.

(2) Cass. 3^e Civ., 28 avril 2011, n° 10-16.269.

(3) Cass. 2^e Civ., 28 avril 2011, n° 10-16.403.

(4) Cass. 2^e Civ., 2 juin 2005, n° 03-11.871.

En l'espèce, la clause figurant dans les conditions générales ne reprenait pas l'ensemble des causes d'interruption de la prescription de droit commun, notamment les mesures conservatoires prévues à l'article 2244 du Code civil, ni les différents points de départ de la prescription. À ce sujet, la Cour de cassation a souligné que l'assureur ne peut se contenter d'indiquer que la prescription est interrompue par les causes ordinaires d'interruption, sans les rappeler précisément⁽⁵⁾.

Cette clause n'est donc pas conforme aux exigences jurisprudentielles, de sorte que la prescription biennale n'est pas opposable.

En outre, la Cour de cassation estime que « L'assureur qui, n'ayant pas respecté les dispositions de l'article R.112-1 du Code des assurances, ne peut pas opposer la prescription biennale à son assuré, ne peut pas prétendre à l'application de la prescription de droit commun »⁽⁶⁾.

SOLUTION

Dès lors que la clause de prescription biennale est incomplète, l'assureur ne peut pas, d'une part, opposer la prescription biennale à la commune assurée, et d'autre part y substituer la prescription quinquennale pour mettre un terme à l'action de cette dernière.

La clause de prescription biennale étant inopposable, l'assureur a été invité à verser l'indemnisation, conformément à son offre de janvier 2020 et aux dispositions contractuelles. ●

DIANE FERREIRA DA COSTA





VOL D'UNE BATTERIE DE VÉLO : LA NÉCESSITÉ D'UNE ATTACHE CONFORME AU CONTRAT

La garantie équipements de loisir et de sport peut être subordonnée à des conditions particulières d'attache variant selon les contrats. L'assuré doit en prendre connaissance et les respecter afin d'être couvert en cas de vol.

CONTEXTE

L'assuré a souscrit un contrat d'assurance habitation afin de garantir sa résidence principale, incluant une garantie équipements de loisir et de sport.

Après avoir stationné son vélo électrique dans un parking public, l'assuré constate le vol de sa batterie. Lors du sinistre, le vélo était attaché avec deux antivol distincts : le premier reliant le cadre du vélo à un arceau à vélo fixe, et le second reliant la roue avant au cadre et à l'arceau.

L'assuré déclare son sinistre auprès de son assureur au titre de la garantie équipements de loisir et de sport.

L'assureur refuse de prendre en charge le vol de la batterie du vélo de l'assuré, au motif que le vélo n'était pas attaché avec un dispositif antivol reliant le cadre et la roue arrière à un point fixe alors qu'il était stationné sur la voie publique.

L'assuré conteste cette position, indiquant que, le vélo n'ayant pas été dérobé, la façon dont ce dernier était attaché n'avait pas eu d'incidence sur le vol de la batterie.

ANALYSE

La garantie équipements de loisir et de sport prévoit que sont couverts « les dommages matériels directs causés aux biens situés à l'extérieur du logement assuré dès lors qu'ils vous appartiennent ou appartiennent à toute personne ayant la qualité d'assuré et qu'ils soient consécutifs à : [...] »

- un vol y compris avec agression à l'extérieur du logement assuré.

Afin de s'assurer que les équipements de loisir et de sport seront garantis en cas de vol, au titre de son contrat d'assurance habitation, l'assuré doit prendre connaissance de son contrat et notamment des moyens de protection qu'il doit mettre en œuvre.

Sont couverts exclusivement les biens suivants : [...]

- les vélos,
- les vélos à assistance électrique et leurs batteries ».

Le contrat ajoute : « Cas spécifiques des vélos et des vélos à assistance électrique :

Pour les vélos, lorsque l'objet n'est plus sous votre surveillance directe et immédiate ou sous celle d'une personne vous accompagnant, la garantie est acquise uniquement lorsqu'il se trouve :

- sur la voie publique ou dans un local collectif s'il est attaché avec un dispositif antivol reliant le cadre et la roue arrière à un point fixe ».

S'agissant d'une condition nécessaire à la mise en œuvre de la garantie, il appartient à l'assuré, conformément à l'article 1353 du Code civil, de prouver que le vol est survenu alors que la roue arrière et le cadre de son vélo étaient attachés à un point fixe par un dispositif d'antivol. Or, à la lecture des circonstances du vol déclarées par l'assuré, ces conditions d'attache n'ont pas été respectées lors de la survenance du sinistre.

SOLUTION

L'assureur ne peut être tenu de couvrir un sinistre qui n'entre pas dans le champ des garanties stipulées par le contrat. Il peut donc légitimement refuser de délivrer la garantie équipements de loisir et de sport. ●

HÉLOÏSE DURAND

Il est préférable de veiller à retirer les accessoires du vélo lorsque ce dernier est attaché sur la voie publique.





LE VOL PAR INTRODUCTION CLANDESTINE DANS DES LOCAUX PRIVÉS

De nombreux contrats d'assurance couvrent le vol par introduction clandestine. Or, cette notion est parfois source de litige, en particulier lorsque le contrat souscrit par l'assuré ne la définit pas.

CONTEXTE

Un assuré est victime du vol de plusieurs bijoux dans sa maison.

Considérant avoir été victime d'un vol par introduction clandestine, garanti par son contrat d'assurance de dommages aux biens, il sollicite l'indemnisation de son sinistre auprès de son assureur.

Après expertise, l'assureur refuse de délivrer sa garantie, au motif que le vol par introduction clandestine n'est pas caractérisé.

Il soutient en effet que l'introduction clandestine suppose que l'auteur du vol se soit introduit dans les locaux garantis à l'insu de l'assuré. Or, selon lui, le voleur n'est pas entré à l'insu de l'assuré, puisque celui-ci l'a volontairement laissé entrer.

En l'absence de définition contractuelle, le vol commis par un malfaiteur que l'assuré a volontairement laissé pénétrer dans les locaux assurés peut être qualifié de vol par introduction clandestine.

ANALYSE

La notion d'introduction clandestine n'est pas définie dans le contrat. Elle n'est pas non plus définie par le Code pénal.

Selon la Cour de cassation, l'entrée clandestine s'entend de toute entrée réalisée à l'insu de l'assuré et dans un but illicite. Elle considère ainsi que toute manœuvre crédible de nature à tromper l'assuré sur l'identité et les intentions véritables de celui auquel l'assuré ouvre éventuellement sa porte doit y être assimilée⁽¹⁾.

Or, l'auteur du vol s'est présenté de manière à tromper l'assuré sur son identité et ses réelles intentions dans le but de voler ses bijoux. Il s'est donc bien introduit dans les locaux garantis à l'insu de l'assuré.

SOLUTION

Le vol par introduction clandestine a été retenu et l'assureur a été invité à réétudier le dossier. ●

QUANG CUONG TRAN

L'assureur doit vérifier si l'auteur du vol s'est introduit dans les locaux assurés par des manœuvres de nature à tromper l'assuré sur son identité et ses véritables intentions.



(1) Cass. 1^{re} Civ., 20 mars 1989, n° 86-15.487.



UN CONSTAT D'HUISSIER DE JUSTICE FAIT FOI EN L'ABSENCE D'ÉTAT DES LIEUX CONTRADICTOIRE

L'assureur ne peut pas refuser l'indemnisation des dommages immobiliers en invoquant la transmission tardive d'un constat d'huissier, qui peut faire foi en l'absence d'état des lieux établi de manière contradictoire.

CONTEXTE

Un propriétaire non occupant a souscrit une assurance couvrant les loyers impayés ainsi que les dégradations faites à son bien immobilier donné en location.

Son locataire quitte le logement, laissant derrière lui des dommages estimés à plus de 5 200 euros. Le propriétaire sollicite alors son assureur pour mettre en œuvre la garantie de son contrat d'assurance. Pour cela, il fournit un état des lieux de sortie non signé par le locataire.

L'assureur refuse de prendre en charge les dommages immobiliers : en l'absence de signature contradictoire de l'état des lieux de sortie, il exige un constat d'huissier.

Un an plus tard (le logement étant toujours vacant), le propriétaire fait établir un constat d'huissier. L'assureur rejette ce document, invoquant son caractère incomplet et la transmission tardive des informations nécessaires à l'évaluation des dommages.

ANALYSE

Le contrat d'assurance souscrit par l'assuré stipule que les dommages immobiliers causés par un locataire peuvent être indemnisés sous réserve de la présentation d'un état des lieux de sortie contradictoire ou, à défaut, d'un constat d'huissier.

En l'absence d'état des lieux contradictoire, le constat d'huissier doit être établi à l'initiative de la partie la plus diligente⁽¹⁾. De plus, les constatations réalisées par un huissier ont force probante jusqu'à preuve du contraire⁽²⁾.

Un constat d'huissier, même réalisé après le départ du locataire, est un élément opposable et probant pour l'assureur dans la mise en œuvre de la garantie de dommages immobiliers.

⁽¹⁾ Article 3-2 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989.

⁽²⁾ Article 2 de la loi n° 2010-1609 du 22 décembre 2010.

Pour refuser l'indemnisation du sinistre, l'assureur a invoqué que la démarche de l'assuré était tardive et que le constat d'huissier était incomplet. Il a ainsi réclamé des justificatifs de rénovations pour le calcul de la vétusté, alors que le contrat ne prévoit pas de délai précis pour la transmission de ces documents. Par ailleurs, il n'est pas établi que l'assuré ait commis de faute ayant entravé l'exercice du recours de l'assureur.

La production du constat d'huissier, bien que tardive, répondait aux exigences du contrat. Aucune clause ne conditionne la mise en œuvre de l'expertise à la fourniture préalable des justificatifs demandés. La mise en place des démarches d'évaluation du dommage incombe à l'assureur.

SOLUTION

L'assuré a rempli ses obligations contractuelles et légales en fournissant un constat d'huissier.

L'assureur ne peut pas se retrancher derrière un délai pour refuser la prise en charge des dommages. Il a été invité à procéder à l'instruction complète des dommages en tenant compte des documents fournis. ●

ANTOINE DE BLANPRÉ

Il est de la responsabilité de l'assureur d'initier les démarches nécessaires à l'évaluation des dommages afin de garantir une gestion efficace des sinistres et ne pas retarder leur indemnisation.





LES SOMMES ALLOUÉES AU TITRE DE L'ARTICLE 700 DU CODE DE PROCÉDURE CIVILE ET DES DÉPENS

À l'issue d'une procédure judiciaire, l'assuré peut se voir allouer une somme par le juge, en priorité, au titre de l'article 700 du CPC et des dépens pour le rembourser des frais qu'il a effectivement avancés restés à sa charge. S'il ne justifie d'aucun frais resté à sa charge, l'assureur est en droit de récupérer les sommes qu'il a engagées pour assurer la défense de l'assuré.

CONTEXTE

À la suite de l'achat d'un véhicule, l'assuré constate des dysfonctionnements sur ce dernier et assigne le vendeur, avec l'assistance de son assureur de protection juridique. À l'issue de la procédure judiciaire, le tribunal condamne le vendeur du véhicule à régler à l'assuré la somme de 4 000 euros au titre de l'article 700 du Code de procédure civile (CPC) ainsi qu'aux entiers dépens de l'instance.

L'assureur de protection juridique a pris en charge l'ensemble des honoraires, frais et dépens pour un total de 6 850 euros. Il reçoit, par l'intermédiaire de l'avocat chargé de la défense de l'assuré, la somme de 5 930 euros (article 700 du CPC et dépens versés par l'adversaire), ce qui correspond à un montant inférieur aux frais pris en charge dans le cadre de la procédure.

L'assuré n'a fourni aucun justificatif concernant les dépenses restées à sa charge. Néanmoins, il s'oppose à la récupération de ces sommes par son assureur de protection juridique et demande leur versement à son profit.

ANALYSE

L'article L.127-8 du Code des assurances prévoit que « le contrat d'assurance de protection juridique stipule que toute somme obtenue en remboursement des frais et des honoraires exposés pour le règlement du litige bénéficie par priorité à l'assuré pour les dépenses restées à sa charge et, subsidiairement, à l'assureur, dans la limite des sommes qu'il a engagées ».

Les assurés doivent conserver et produire tout justificatif attestant du paiement effectif de frais non pris en charge par l'assureur de protection juridique afin de pouvoir bénéficier, le cas échéant, de la priorité de remboursement prévue par l'article L.127-8 du Code des assurances.

Ainsi, l'assureur de protection juridique peut percevoir les sommes mises à la charge de la partie perdante par le juge au profit de l'assuré et récupérer, en tout ou partie, les honoraires et frais qu'il a engagés pour assurer sa défense. Toutefois, si l'assuré a lui-même avancé des dépenses pour le règlement du litige, celles-ci seront remboursées en priorité.

À défaut de justificatifs établissant que l'assuré a personnellement avancé des frais, celui-ci ne peut revendiquer le remboursement prioritaire de la somme de 5 930 euros. Cette somme est dès lors destinée à couvrir les honoraires et frais effectivement engagés par l'assureur pour la défense de l'assuré.

SOLUTION

L'assureur a correctement exercé son droit à la récupération des honoraires et frais engagés.

Si l'assuré souhaite bénéficier d'un remboursement prioritaire, il lui appartient de fournir les justificatifs des dépenses qu'il a avancées personnellement. ●

JESSICA SOARES

Pour éviter toute incompréhension, l'assureur peut rappeler dans son contrat les dispositions de l'article précité, et préciser que le remboursement prioritaire des frais irrépétibles est subordonné à la justification des dépenses effectivement acquittées par l'assuré.





LE CHOIX DE L'ASSURÉ PEUT RÉDUIRE LE COÛT DU SINISTRE

Si l'assuré engage des frais contractuellement non couverts, mais que cela permet de limiter le montant de l'indemnisation envisagée par l'assureur, ce dernier peut en tenir compte, sans engendrer d'enrichissement de l'assuré, conformément au principe indemnitaire.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance habitation incluant une garantie couvrant les dommages au matériel de sport et de loisirs.

À la suite d'une chute ayant endommagé son tandem, l'assuré déclare un sinistre auprès de son assureur, qui diligente un expert. Ce dernier conclut que le matériel sinistré est irréparable, ce qui conduit l'assureur à proposer une indemnisation calculée sur sa valeur de remplacement.

Cependant, l'assuré opte pour une réparation, moins onéreuse que la valeur de remplacement du bien, en se rendant en Allemagne directement à l'usine du constructeur pour récupérer les pièces détachées nécessaires à la remise en état. Il sollicite alors de son assureur le remboursement des éléments réglés, hors cadre fourni gracieusement par le constructeur, ainsi que la prise en charge des frais de main-d'œuvre et des dépenses annexes liées à son déplacement.

À cet égard, l'assureur indemnise l'assuré pour les frais engagés pour l'achat des pièces détachées et la main-d'œuvre, lesquels sont garantis par le contrat. En revanche, les frais annexes sont exclus du remboursement, en l'absence de couverture prévue au contrat.

Même si la décision de l'assureur respecte les dispositions contractuelles et légales, ce dernier peut faire preuve de flexibilité, notamment lorsque l'initiative vertueuse de l'assuré permet de réduire l'indemnité initialement envisagée.

ANALYSE

En vertu du principe indemnitaire posé par l'article L.121-I du Code des assurances, l'assuré ne peut bénéficier d'une indemnité supérieure au dommage subi. Par ailleurs, au regard des dispositions de l'article L.113-5 du Code des assurances, il ne peut être demandé à l'assureur d'intervenir au-delà des prestations prévues par le contrat.

Au vu de ces dispositions, l'assureur est fondé à refuser de verser une indemnité supérieure au coût de la réparation du tandem. Il n'est pas non plus contraint de prendre en charge les frais annexes ayant permis à l'assuré de faire réparer son bien.

Toutefois, l'initiative de l'assuré a permis de réduire significativement le coût du sinistre pour l'assureur, et ce, en tenant compte des frais de déplacement pour obtenir les pièces nécessaires à la réparation.

SOLUTION

L'assureur est fondé à refuser l'indemnisation des frais annexes engagés par l'assuré pour permettre la réparation du matériel. Cependant, le comportement vertueux de l'assuré a permis de réduire le coût du sinistre pour l'assureur.

Ce dernier a donc été invité, au titre de l'équité⁽¹⁾, à verser une compensation financière à l'assuré en reconnaissance de son initiative personnelle, ce qu'il a accepté. ●

AISSATA SY

Une situation doit être étudiée dans son ensemble afin de permettre une analyse des plus justes.

⁽¹⁾ L'article 5 de la Charte du Médiateur de l'Assurance prévoit que « le Médiateur formule une proposition de solution motivée en droit et/ou en équité ».



MARION CHARTIER

RESPONSABLE DU PÔLE PRÉVOYANCE



Quel est votre parcours ?

J'ai fait toutes mes études de droit à l'université de Montpellier. Après un master 2 en droit pénal et sciences criminelles, avec une forte ouverture sur le droit des victimes, j'ai réalisé une thèse sur la personne en situation de handicap (contribution à l'étude sur l'utilité de son statut) et pendant mon doctorat, j'ai été amenée à réaliser une étude sur les fonds d'indemnisation, l'organisation par l'État de la réparation de certains préjudices. À l'issue de la thèse, il m'a paru logique de poursuivre cette démarche pour approfondir mes connaissances sur les victimes en réalisant un master 2 droit des assurances, et c'est dans ce cadre-là, en 2012, que j'ai pu faire un stage au sein de ce qui était à l'époque la médiation de la Fédération française des sociétés d'assurance. À l'issue de ce stage, on m'y a proposé un poste de juriste, et lors de la création de la Médiation de l'Assurance (LMA) en 2015, j'ai pris les fonctions de Responsable du pôle Prévoyance. Depuis, j'ai accompagné les changements d'organisation et de Médiateur, et l'expansion de LMA.

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

Je suis Responsable du pôle Prévoyance, qui est aujourd'hui composé d'une trentaine de collaborateurs, répartis en cinq équipes dont j'assure la coordination de l'activité. Le droit des assurances de personnes étant très réglementé, ma mission première est d'accompagner les équipes dans la rédaction des propositions de solution pour assurer l'harmonisation des positions rendues, leur conformité au droit et à ses évolutions légales ou jurisprudentielles, et la prise en compte de la dimension humaine propre à cette matière. Je veille également à ce que les réclamants puissent recevoir une réponse à leur dossier, à la fois juste en droit et dans les meilleurs délais possibles. Le but du règlement amiable est de trouver une solution dans de meilleurs délais que les juridictions. Je participe également, aux côtés du Médiateur, à des échanges propres à faire évoluer les pratiques du marché, avec les assureurs ou dans le cadre de réflexions menées par les autorités de place, notamment le CCSF. J'assure aussi le recrutement de juristes spécialisés en droit des assurances ou en protection sociale, de référents ayant ces compétences à la fois techniques et managériales pour accompagner les équipes dans leur montée en compétence avec un souci de bienveillance.

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

Ce qui me passionne toujours autant, c'est de mettre mes connaissances juridiques au service du consommateur, de faire appel à l'équité, à la pédagogie avec les juristes et dans les propositions de solution. On met ces compétences au service d'un règlement amiable des litiges dans un délai raisonnable. Cet apaisement amiable permet de préserver la confiance entre l'assureur et l'assuré. Je suis profondément convaincue que le système de l'assurance a un rôle important à jouer pour la société et le fait de préserver ce lien par un règlement amiable et non contentieux permet de maintenir la relation contractuelle. À LMA, on contribue à ça aussi ! Notre travail commun permet vraiment de faire évoluer certaines pratiques du marché de l'assurance. Au-delà de chaque dossier unique, on contribue à avoir une influence importante sur le droit des assurances. Ce qui me plaît également, c'est notre approche collégiale dans l'étude des dossiers. Je trouve intéressant qu'on puisse réfléchir tous ensemble, s'interroger. On n'est pas seul face à un dossier, et même après treize ans d'expérience, on peut encore rencontrer une situation qu'on n'avait encore jamais vue. Des recherches sont toujours nécessaires et la prise en compte de l'humain rend chaque solution unique. C'est très stimulant intellectuellement.

Votre métier en trois mots ?

La **rigueur**, car le cœur de notre métier est d'appliquer le droit. En assurance de personnes, les dossiers présentent souvent une grande technicité juridique, et demandent une approche rigoureuse à la fois dans l'analyse du dossier et dans

l'analyse juridique pour trouver la solution à apporter pour qu'elle soit correcte par rapport à la règle de droit.

L'**empathie**, parce que, derrière chaque dossier, il y a un être humain. Et peut-être encore plus sur des dossiers d'assurance de prévoyance où les personnes sont souvent dans des situations très difficiles. Il faut trouver une solution. Il peut y avoir un impact financier très important. Cela demande donc d'avoir cette empathie dans l'approche de chacune des situations pour pouvoir aussi déceler les enjeux sous-jacents derrière la demande telle qu'elle est formulée pour trouver une résolution qui, au-delà du droit, apportera vraiment une compréhension à la personne pour apaiser la situation. Et en tant que manager, pour moi, l'empathie, c'est un préalable à la bienveillance qui est nécessaire dans la collaboration au sein de la Médiation de l'Assurance.

Et la **capacité à trancher**, parce que l'on hésite parfois entre deux solutions, ou parfois même la solution n'est pas évidente parce que la Cour de cassation ne s'est pas encore prononcée. Pour autant, on attend de la Médiation de l'Assurance qu'elle propose une solution. Donc, une fois qu'on a pesé tous les aspects et éléments du dossier, le droit, l'équité, c'est important d'arriver à trancher de manière efficace vers la solution la plus correcte juridiquement et la plus juste par rapport à l'équité. Le droit évolue, la mission, humainement, est toujours aussi intéressante.

C'est pour ça que même après treize ans, j'adore toujours mon métier. On ne se lasse pas de travailler à la Médiation de l'Assurance quand on aime le droit et qu'on a cette sensibilité humaine. ■



6

ASSURANCE DE PERSONNES : ÉTUDES DE CAS

ÉTUDE DE CAS
EN ASSURANCE DE PERSONNES

6A

LA RELATION CONTRACTUELLE





LE CONTRAT EST CADUC SI UNE CONDITION DE VALIDITÉ DU CONTRAT DISPARAÎT

Pour opposer la caducité du contrat, l'assureur doit veiller à ce que la condition n'étant plus remplie soit une condition affectant la validité du contrat, et non une simple condition d'octroi de la garantie en cas de sinistre.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré à un collectif de prévoyance, destiné notamment au versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT).

L'année suivante, il est placé en arrêt de travail, dont il sollicite alors la prise en charge. L'assureur refuse sa demande au motif qu'il ne répond pas aux conditions de mise en œuvre de la garantie ITT, car il était sans activité professionnelle au moment de son arrêt de travail. Il retient également la caducité du contrat sur le même motif.

ANALYSE

La Cour de cassation a jugé que « la disparition d'une condition de validité du contrat entraîne la caducité de celui-ci »⁽¹⁾.

Ainsi, pour retenir la caducité du contrat, il est nécessaire que l'élément n'ayant pas été correctement déclaré soit une condition de validité du contrat.

Pour ne pas se voir opposer un refus de prise en charge de leur arrêt de travail au titre d'une garantie dont ils ne remplissent plus les conditions, les assurés doivent penser à déclarer cette circonstance nouvelle survenue en cours de contrat à leur assureur de façon à lui permettre de revoir leur contrat.

(1) Cass. 1^{re} Civ., 30 octobre 2008, n° 07-17.646.

La notice d'information du contrat prévoit que, s'agissant de la garantie ITT, « seules les personnes qui justifient de l'exercice effectif d'une activité professionnelle rémunérée et fiscalement déclarée peuvent choisir cette garantie et la conserver. Elle cesse à l'arrêt définitif de toute activité professionnelle réelle et rémunérée ».

Si le candidat à l'assurance doit exercer une activité professionnelle pour bénéficier de la garantie ITT, le contrat ne prévoit cependant pas que l'exercice d'une activité professionnelle est une condition d'adhésion au contrat lui-même. L'exercice d'une activité professionnelle n'est donc pas une condition de validité du contrat.

L'assuré a par ailleurs adhéré à plusieurs autres garanties, pour lesquelles le bénéfice de la garantie n'est pas conditionné à l'exercice d'une activité professionnelle.

SOLUTION

Le fait que l'assuré ne remplisse plus la condition de la garantie ITT d'exercer une activité professionnelle n'affecte que l'octroi de la garantie ITT en cas de sinistre et non la validité de l'adhésion dans son ensemble en la rendant caduque. ●

CHAÏMAE TOUIL

Lorsque l'assureur entend soulever la caducité du contrat, il convient que l'événement entraînant une partie de la disparition du risque initialement assuré affecte les conditions d'adhésion au contrat et non les conditions d'octroi d'une garantie en cas de sinistre.



A. LA RELATION CONTRACTUELLE



L'ASSUREUR FACE AUX RISQUES DE SIGNATURE FRAUDULEUSE

À l'heure où les usages numériques se généralisent, la question de la validité juridique des signatures, électroniques ou manuscrites, suscite des interrogations, notamment lors des opérations sollicitées sur un contrat d'assurance vie.

CONTEXTE

Un assuré adhère à un contrat d'assurance vie dans lequel il investit une partie de son épargne sur des supports en unités de compte.

Par la suite, l'adhérent complète et signe un formulaire par lequel il sollicite un rachat partiel sur son contrat.

Quelques jours après avoir réceptionné cette demande, l'assureur refuse de traiter cette opération, au motif que la signature apposée sur le formulaire était un scan d'une signature manuscrite, et non une signature originale.

L'assuré effectue alors une seconde demande de rachat partiel signée de manière manuscrite, mais fait néanmoins part de son mécontentement quant à la position de l'assureur, qu'il juge insuffisamment fondée, dans la mesure où le formulaire ne précisait pas les modalités de signature requises.

Estimant avoir subi un préjudice financier du fait de la variation des supports en unités de compte entre sa première et sa seconde demande de rachat partiel, l'assuré sollicite le remboursement de la perte constatée.

L'assureur refuse de faire droit à sa demande en rappelant qu'aucune disposition légale ne l'oblige à accepter une signature manuscrite numérisée et intégrée à un document dactylographié.

ANALYSE

Les entreprises d'assurance sont tenues à un devoir général de sécurité et de vigilance dans la gestion des contrats de leurs assurés.

En raison notamment de la recrudescence des cas de fraude, il est recommandé aux assurés de signer leurs demandes d'opération (arbitrage, rachat, etc.) soit de manière manuscrite, soit en utilisant une signature électronique conforme aux exigences prévues par le Code civil.

À cet égard, la jurisprudence souligne que l'assureur doit s'assurer et veiller à ce que les instructions qu'il reçoit, telles qu'une demande de rachat, émanent effectivement du souscripteur du contrat, notamment lorsque des circonstances particulières permettent d'en douter⁽¹⁾.

Dans ce contexte, le fait pour l'assureur de solliciter, avec célérité, des éléments complémentaires ou d'effectuer des vérifications supplémentaires avant de procéder à une opération ne saurait constituer une faute. Une telle démarche relève de ses obligations en matière de sécurité juridique et de protection des intérêts de l'assuré.

Par ailleurs, conformément à l'article 1367 du Code civil, la signature, qu'elle soit manuscrite ou électronique, a pour fonction d'identifier l'auteur de l'acte et de manifester son consentement.

Cet article précise en son alinéa 2 : « Lorsqu'elle est électronique, elle consiste en l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache. La fiabilité de ce procédé est présumée, jusqu'à preuve contraire, lorsque la signature électronique est créée, l'identité du signataire assurée et l'intégrité de l'acte garantie, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État ».

SOLUTION

La demande initiale de rachat partiel était entièrement dactylographiée, et la signature semblait provenir d'une signature manuscrite photographiée ou scannée au format PDF. Un tel procédé ne répondait pas aux exigences de fiabilité posées par l'article 1367 du Code civil en matière de signature électronique.

Dans ce contexte, il ne peut être reproché à l'assureur, tenu à un devoir de vigilance, d'avoir exigé une signature manuscrite sur la demande d'opération en vue de sécuriser l'opération sollicitée. ●

NICOLAS PATRON



(1) Cass. 2^e Civ., 28 avril 2011, n° 10-15.053.



LE CONTRAT DOIT PRÉCISER LES CONDITIONS D'AFFECTATION DE LA PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

Généralement, la participation aux bénéfices est versée aux assurés le 1^{er} janvier de l'année suivante à condition que leur contrat soit encore en cours à cette date. Les conditions d'affectation de ces bénéfices doivent être précisées dans le contrat.

CONTEXTE

Un assuré a adhéré à un contrat de retraite supplémentaire. En novembre 2023, il en demande le transfert vers un Plan d'Épargne Retraite. L'assureur effectue l'opération avec une date de valeur arrêtée au 31 décembre 2022.

L'assuré conteste alors l'absence de revalorisation au titre de la participation aux bénéfices au *pro rata temporis*, pour la période du 1^{er} janvier au 24 novembre 2023, période durant laquelle son contrat était encore en cours. Cependant, l'assureur lui précise que, la valorisation étant distribuée au 1^{er} janvier de chaque exercice, son montant pour 2023 n'était pas connu au moment du transfert.

ANALYSE

Le contrat comporte bien une clause prévoyant que l'attribution de la participation aux bénéfices s'effectue au 1^{er} janvier de chaque année. Néanmoins, cette dernière n'indique pas clairement que cette revalorisation ne s'effectue qu'à la condition expresse que le contrat soit encore en cours à cette date.

Les assureurs doivent veiller à bien préciser dans leurs contrats toutes les conditions permettant de prétendre à la participation aux bénéfices. En cas de sortie en cours d'année (rachat, transfert), il est recommandé d'attirer l'attention des assurés sur l'absence de revalorisation au prorata temporis, si cela n'est pas prévu par le contrat.

Par ailleurs, à la suite de l'acceptation du transfert, l'assureur a indiqué à l'assuré, par courrier, que la valeur de transfert était encore susceptible d'évoluer entre le 31 décembre 2022 et la date de réalisation du transfert.

Cette mention était susceptible d'induire en erreur l'assuré, qui pouvait légitimement croire que son contrat bénéficierait d'une revalorisation jusqu'au transfert effectif de son contrat. D'autant que le courrier n'incluait aucune mise en garde sur le fait qu'un transfert réalisé avant la fin de l'année lui ferait perdre le droit de bénéficier de la participation aux bénéfices de l'année en cours.

SOLUTION

L'assureur a donc manqué à son obligation d'information et à son devoir de conseil. De ce fait, l'assuré a perdu la chance de réaliser son transfert après le 1^{er} janvier, et par conséquent, de bénéficier de la revalorisation au titre de la participation aux bénéfices de l'année 2023.

La demande de transfert étant très proche du 1^{er} janvier 2024, l'assureur a été invité à régler à l'assuré, au titre d'une perte de chance, une somme équivalente à 80 % du montant de la participation aux bénéfices qui lui aurait été réglée s'il avait attendu le 1^{er} janvier pour effectuer sa demande de transfert. ●

SOLÈNE HELIAS

Les assurés sont invités à relire leurs dispositions contractuelles relatives à la valorisation de leurs contrats dès qu'ils envisagent de le liquider ou de procéder à son transfert.



A. LA RELATION CONTRACTUELLE



LA DÉFINITION CONTRACTUELLE DE L'ACCIDENT PEUT IMPOSER PLUSIEURS CRITÈRES

L'assureur est libre de déterminer ce qu'il accepte ou non de garantir. Les définitions contractuelles qu'il retient précisent les conditions de mise en œuvre des garanties. Si ces conditions ne sont pas remplies, l'assureur n'est pas tenu de délivrer la garantie.

CONTEXTE

Un particulier a souscrit un contrat ayant pour objet l'indemnisation de certains préjudices en cas de décès consécutif à un accident de la vie privée.

L'assuré, qui se rongait les ongles régulièrement, avait des plaies aux doigts. Alors qu'il passait ses mains dans l'herbe, elles sont entrées en contact avec de l'urine de rat, ce qui a entraîné sa contamination, une hospitalisation puis son décès deux mois plus tard.

L'assureur a refusé la mise en œuvre de la garantie, au motif que le sinistre n'était pas d'origine accidentelle au sens du contrat.

ANALYSE

Le contrat d'assurance définit la notion d'accident. Aussi, lorsqu'un assuré demande la prise en charge d'un sinistre au titre d'une garantie assurant la couverture du risque « accident », l'assureur étudie la demande de prise en charge au regard des critères contractuels.

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.

ACCIDENT

La définition de l'accident stipulée par le contrat impose que l'atteinte corporelle ait été provoquée par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure.

D'une part, l'urine de rat doit être appréciée comme une cause extérieure vis-à-vis de l'atteinte corporelle dont l'assuré a été victime.

D'autre part, cette cause est soudaine, puisque la contamination est survenue dans un laps de temps très court, le contact entre l'urine de rat et les plaies de l'assuré ayant été de courte durée.

Toutefois, il ne peut être retenu que cette cause extérieure est violente. En effet, une action violente est définie par le dictionnaire Le Robert comme une action « qui exige de la force, de l'énergie » ce qui n'est pas le cas ici.

SOLUTION

L'un des critères imposés par la définition faisant défaut, l'accident ne peut pas être caractérisé. Par conséquent, la garantie ne saurait être délivrée. ●

ANGÉLINA BICH

Si la définition de l'accident retenue dans le contrat impose des critères précis, ces conditions doivent être remplies pour donner droit à la délivrance de la garantie.



A. LA RELATION CONTRACTUELLE



UN ÉLÉMENT MÉTÉOROLOGIQUE PEUT CONSTITUER UN ÉLÉMENT EXTÉRIEUR

Lorsque le contrat n'exige pas que l'élément extérieur soit la cause exclusive du dommage, le comportement non intentionnel de l'assuré ne saurait à lui seul exclure l'existence d'un accident.

CONTEXTE

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance sur la vie ayant pour objet le versement d'un capital aux bénéficiaires désignés, en cas de décès accidentel de l'assuré.

Lors d'un trail au Brésil, l'assuré s'est perdu et est décédé. Son épouse a alors sollicité le versement du capital prévu au contrat.

L'assureur a refusé tout versement, car le décès de l'assuré n'était pas accidentel, dans la mesure où il s'est trompé de chemin et ne présentait pas de lésion corporelle.

Toutefois, pour son épouse, le fait que l'assuré se soit trompé de chemin constituait un événement soudain et imprévu permettant de retenir la qualification de l'accident.

ANALYSE

L'accident était défini dans la partie des conditions générales relative à la garantie incapacité permanente comme suit : « toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure ».

Afin de délimiter la couverture du contrat comme il le souhaite, l'assureur doit veiller à définir la notion d'accident contractuellement pour chacune des garanties couvertes par le contrat.

ACCIDENT

Le contrat précisait que « les décès ouvrant droit à prestations sont tous les décès à caractère accidentel, c'est-à-dire à l'exclusion des décès dus à la maladie ou à la mort naturelle (...) ».

L'assuré est décédé en raison d'une chute importante des températures (-4°C enregistrés cette nuit-là), de la fatigue et du manque d'eau et de nourriture.

Le décès de l'assuré résultait donc, d'une part, du fait qu'il se soit perdu lors de sa randonnée et, d'autre part, des intempéries subies.

SOLUTION

Aucun élément ne permettait de constater un antécédent médical qui aurait pu être à l'origine de son décès. Ce dernier résultait bien d'un accident.

L'assureur a alors été invité à verser le capital décès prévu au contrat. ●

ANGÉLINA BICH

Lors de la mise en œuvre du contrat, l'existence d'un accident doit être appréciée au regard des seuls critères qui y sont définis.





LA RÉSILIATION INFRA-ANNUELLE EST POSSIBLE UN AN APRÈS LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT

L'assuré peut résilier son contrat de complémentaire santé s'il a été souscrit depuis au moins un an. Ce mode de résiliation n'est pas nouveau, mais sa mise en œuvre pose des difficultés, notamment quant au point de départ du délai d'un an.

CONTEXTE

En décembre 2022, un assuré demande à adhérer à un contrat collectif de complémentaire santé, ayant pris effet en mai 2023. Fin mars 2024, l'assuré demande finalement la résiliation infra-annuelle de son contrat.

L'assureur refuse de faire droit à sa demande. Il précise que la faculté de résiliation infra-annuelle ne peut s'exercer qu'après une année d'adhésion, ce qui n'est pas le cas en l'espèce puisque le contrat a pris effet en mai 2023. L'assureur sollicite également la régularisation des cotisations impayées.

ANALYSE

L'article L.113-15-2 du Code des assurances, relatif à la résiliation infra-annuelle, dispose en son premier alinéa : « Pour les contrats d'assurance couvrant les personnes physiques en dehors de leurs activités professionnelles, (...) l'assuré peut, après expiration d'un délai d'un an à compter de la première souscription, résilier sans frais ni pénalités les contrats et adhésions tacitement reconductibles. La résiliation prend effet un mois après que l'assureur en a reçu notification par l'assuré ».

Ces dispositions font expressément référence à « la première souscription ».

Dès lors, par une interprétation stricte de cet article, il a été considéré que le point de départ du délai d'un an, dans le cadre de la résiliation infra-annuelle, correspondait à la date de souscription du contrat, et non à sa date de prise d'effet.

Les assureurs doivent appliquer strictement l'article L.113-15-2 du Code des assurances en retenant comme point de départ de la résiliation infra-annuelle la date de conclusion du contrat.

Cette lecture est confirmée par un arrêt du Conseil d'État du 12 juillet 2023 (n° 469319), qui précise que « l'assureur a la faculté de résilier unilatéralement le contrat à l'expiration d'un délai d'un an suivant sa conclusion, avec un préavis d'au moins deux mois ».

Elle est également confortée par un avis du Comité consultatif du secteur financier (CCSF) en date du 29 avril 2022, ainsi que par le « Guide pratique de mise en œuvre de la résiliation infra-annuelle des contrats complémentaires santé », élaboré conjointement par France Assureurs, la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) et le Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP, devenu Fédération des institutions paritaires de protection sociale – FIPS).

SOLUTION

La demande de résiliation de l'assuré a été notifiée à l'assureur le 31 mars 2024, soit plus d'un an après son adhésion au contrat d'assurance en décembre 2022.

L'assureur a donc été invité à retenir comme date d'effet de la résiliation du contrat d'assurance le 1^{er} mai 2024 (soit un mois après sa notification par l'assuré à l'assureur, comme le prévoit l'article susvisé) et à ne pas solliciter de l'assuré le versement des cotisations pour la période postérieure à cette date. ●

ANGÉLINA BICH et FIONA FONTAINE

La résiliation infra-annuelle est possible depuis le 1^{er} décembre 2020, date d'entrée en vigueur de la loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 aux contrats tacitement reconductibles et non professionnels de complémentaire de santé au sens strict et aux contrats d'assurance de complémentaire santé assortis de garantie décès, incapacité ou invalidité, assistance, protection juridique, responsabilité civile, nuptialité-natalité ou indemnités en cas d'hospitalisation.



ÉTUDE DE CAS
EN ASSURANCE DE PERSONNES

6B

LA MISE EN ŒUVRE
DU CONTRAT





LA SURVENANCE DU SINISTRE EN ASSURANCE EMPRUNTEUR N'EST PAS LE POINT DE DÉPART DU DÉLAI DE PRESCRIPTION

En assurance emprunteur, la prescription de l'action de l'assuré contre l'assureur commence à courir à compter du refus de garantie de l'assureur ou de la demande de paiement de l'établissement de crédit⁽¹⁾.

CONTEXTE

Dans le cadre de la souscription d'un prêt en mai 2019, un assuré adhère à un contrat d'assurance permettant la prise en charge des échéances de son prêt, notamment en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

En juillet 2019, à la suite d'une affection, l'assuré est placé en arrêt de travail. Il sollicite la mise en œuvre de la garantie incapacité totale de travail en février 2022.

En avril 2022, l'assureur refuse de prendre en charge les échéances du prêt au titre de cette garantie, au motif que l'action de l'assuré est prescrite, conformément aux dispositions de l'article L.114-I du Code des assurances.

L'avocat de l'assuré conteste alors cette décision. Il souligne en effet que, dans le cadre d'un contrat collectif d'assurance emprunteur, le point de départ de la prescription de l'action de l'adhérent se situe au premier des deux événements suivants : soit le refus de garantie de l'assureur, soit la demande en paiement de l'établissement de crédit.

ANALYSE

L'article L.114-I du Code des assurances indique que « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (...) ». Néanmoins, dès lors qu'il s'agit d'un contrat collectif d'assurance emprunteur, le point de départ de la prescription biennale n'est pas la survenance du sinistre, mais bien le refus de garantie opposé par l'assureur, ou la demande en paiement de l'établissement de crédit à l'assuré.

L'assuré a bien adhéré à un contrat d'assurance emprunteur de groupe, souscrit par un établissement bancaire, auprès d'une entreprise d'assurance. Bien que l'arrêt de travail soit survenu en juillet 2019, l'assureur a opposé son premier refus par un courrier daté d'avril 2022. Ainsi, le délai de prescription ne court qu'à compter de la date de ce courrier, en avril 2022.

SOLUTION

Dans ces circonstances, l'assureur ne peut valablement opposer la prescription biennale pour refuser de prendre en charge des échéances du prêt de l'assuré à la suite de son arrêt de travail. ●

CLARA CAPPE

En cas d'adhésion à un contrat d'assurance emprunteur concomitamment à la souscription d'un prêt, l'assuré peut être amené à solliciter valablement la mise en œuvre de sa garantie, même si le délai de deux ans suivant la survenance de son sinistre (arrêt de travail) est dépassé.



(1) Cass. 1^{re} Civ., 27 mars 2001, n° 98-20.595; Cass. 2^e Civ., 6 février 2014, n° 13-13.870.

B. LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT



L'ASSUREUR QUI CONNAÎT LES ANTÉCÉDENTS DE L'ASSURÉ NE PEUT OPPOSER LA FAUSSE DÉCLARATION DU RISQUE

Les sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances en cas de fausse déclaration du risque ne s'appliquent pas lorsque l'assureur avait connaissance, avant la souscription d'un second contrat et avant la survenance d'un sinistre, des antécédents médicaux non déclarés par l'assuré.

CONTEXTE

Au mois de juin 2015, un assuré contracte un prêt immobilier auprès de sa banque et, dans le même temps, adhère à un contrat d'assurance emprunteur auprès d'un assureur. Ce contrat a notamment pour objet de prendre en charge ses échéances de prêt en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT).

En août 2020, ce même assuré contracte un nouveau prêt et demande son adhésion à un nouveau contrat d'assurance emprunteur, auprès du même assureur.

En novembre 2024, l'assuré est placé en arrêt de travail en raison d'une pathologie, ce qui le conduit à solliciter la mise en œuvre de sa garantie contractuelle auprès de son assureur.

Celui-ci refuse de faire droit à sa demande et prononce la nullité de son contrat d'assurance pour fausse déclaration intentionnelle du risque, en application de l'article L.113-8 du Code des assurances. Selon lui, l'assuré ne lui a pas correctement déclaré son état de santé en remplissant le questionnaire de santé qui lui a été soumis au moment de son adhésion.

L'assuré conteste cette décision, en estimant que l'assureur avait connaissance de son état de santé puisqu'il l'avait dûment déclaré en 2015, lors de la souscription de son premier contrat.

Toute omission, même sans lien direct avec la réalisation du sinistre, peut priver l'assuré d'une prise en charge par l'assureur. C'est pourquoi l'assuré doit veiller à n'omettre aucune information médicale lorsqu'il répond à un questionnaire de santé.

DÉCLARATION DU RISQUE

ANALYSE

Lors de son adhésion du mois d'août 2020, l'assuré a effectivement omis de déclarer sa maladie pour laquelle il a été placé en arrêt de travail en 2014 et fait l'objet d'un traitement médicamenteux.

Pour autant, la Cour de cassation a admis de longue date que, si l'assuré établit que l'assureur avait connaissance de la circonstance non déclarée, il peut échapper aux sanctions de la fausse déclaration de risques des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances⁽¹⁾.

Un courrier du médecin-conseil de l'assureur, adressé à l'assuré dans le cadre de sa déclaration d'état de santé pour sa première adhésion, l'invitant à remplir un questionnaire plus spécifique à cette pathologie ainsi qu'un autre courrier de ce même médecin-conseil lui notifiant une exclusion contractuelle au titre de ladite pathologie figurent parmi les éléments du dossier. Ces courriers mettent en évidence que l'état de santé de l'assuré avait bien été porté à la connaissance de l'assureur avant la souscription du second contrat et la survenance de l'arrêt de travail.

SOLUTION

Puisque, dès le mois de juin 2015, l'assureur était informé de l'antécédent médical de son assuré, il ne peut se prévaloir des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances pour refuser la prise en charge du sinistre de son assuré.

L'assureur a donc été invité à remettre en vigueur son contrat d'assurance – moyennant le paiement des cotisations d'assurance – et à reprendre l'étude de son dossier en vue de délivrer sa garantie ITT. ●

L'assureur est invité à ne pas opposer les sanctions propres à la fausse déclaration du risque à son assuré lorsque celui-ci lui a fait part de son état de santé lors de l'adhésion à un contrat antérieur.

FIONA FONTAINE



(1) Notamment : Cass. 1^{re} Civ., 19 mai 1999, n° 97-14.120, publié au bulletin.



LES DOCUMENTS EXIGÉS PAR L'ASSUREUR POUR METTRE EN ŒUVRE UNE GARANTIE DOIVENT ÊTRE PERTINENTS

Dans le cadre de la mise en œuvre d'un contrat d'assurance, l'assureur peut demander tout document qu'il juge nécessaire pour examiner le dossier. Cependant, il ne peut refuser d'accorder sa garantie si le document demandé n'est pas pertinent pour celle-ci.

CONTEXTE

En 2020, concomitamment à la souscription d'un emprunt, un assuré adhère à un contrat d'assurance destiné à prendre en charge ses échéances de prêt en cas de décès.

En 2022, l'assuré décède, ce qui conduit sa concubine à solliciter la prise en charge du prêt au titre de la garantie décès.

L'assureur sollicite alors la production d'un certain nombre de documents, et notamment des pièces d'identité et des relevés d'identité bancaire des enfants issus d'une première union de l'assuré. La concubine de ce dernier n'est néanmoins pas en mesure de transmettre ces documents.

L'assureur reporte donc sa décision en attendant la réception des documents demandés.

ANALYSE

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient à celui qui demande l'exécution d'une obligation de prouver son existence et son droit à en bénéficier.

Ainsi, il incombe à l'assuré ou au bénéficiaire d'un contrat d'assurance de prouver qu'il réunit les conditions de la garantie sollicitée. Cette preuve peut notamment être rapportée par la production de documents.

Les contrats d'assurance comportent des clauses qui permettent à l'assureur de détailler les pièces nécessaires à la délivrance d'une garantie. Ce dernier précise néanmoins souvent qu'il se réserve le droit de solliciter « tout autre document qu'il juge utile à l'étude de la demande ».

L'assureur ne peut toutefois justifier son refus de délivrer la garantie par l'absence de production d'un document, et en particulier s'il n'a pas été expressément mentionné comme étant nécessaire au versement des prestations dans la notice d'information ou les conditions générales du contrat, si celui-ci n'est pas pertinent pour l'étude du dossier.

La notice d'information du contrat prévoit que les héritiers, au sens de la dévolution successorale, ne sont bénéficiaires au titre du contrat qu'à défaut, notamment, de concubin notoire. Dans la mesure où la concubine de l'assuré sollicite la mise en œuvre de la garantie en tant que bénéficiaire, l'assureur n'est donc pas fondé à solliciter des documents relatifs aux enfants de l'assuré, qui n'ont pas vocation à bénéficier de la garantie.

SOLUTION

L'assureur ne peut justifier son refus d'étudier la demande de la concubine de l'assuré, bénéficiaire du contrat, par l'absence de transmission de documents relatifs à des bénéficiaires seulement subsidiaires, qui ne sont pas pertinents pour permettre la mise en œuvre de la garantie.

L'assureur a donc été invité à réétudier le dossier avec les seuls documents déjà transmis. ●

VALENTINE BIBRON

Les assureurs peuvent solliciter des documents supplémentaires seulement lorsque ceux-ci sont absolument indispensables pour l'étude du dossier.





L'ASSUREUR PEUT VOIR SA RESPONSABILITÉ ENGAGÉE PAR LE MANQUE DE DILIGENCE DE SON MANDATAIRE

L'assureur est redevable d'intérêts de retard au profit du bénéficiaire s'il ne prouve pas qu'il a, lui-même ou par l'intermédiaire de son mandataire, rempli dans les délais légaux ses obligations en matière de recherche des bénéficiaires et de demande des documents nécessaires au paiement des capitaux décès.

CONTEXTE

En 2010, un assuré souscrit un contrat d'assurance sur la vie. À son décès survenu en janvier 2025, le bénéficiaire déclare la survenance de cet événement et fournit ses coordonnées à l'établissement bancaire mandataire de l'assureur. Ce n'est qu'en septembre 2025 que ce dernier lui verse le capital décès, à hauteur de 28000 euros.

Le bénéficiaire sollicite alors le versement d'intérêts de retard, en application de l'article L.132-23-1 du Code des assurances.

L'assureur indique qu'il a adressé à l'établissement bancaire mandataire dès février 2025, soit dans le délai de quinze jours, une demande de documents à destination du bénéficiaire, à laquelle il n'a reçu de réponse qu'à la fin du mois d'août suivant. Il a ensuite procédé au règlement des sommes dues dans le délai légal de quinze jours. L'assureur refuse donc de verser les intérêts de retard réclamés par le bénéficiaire.

ANALYSE

Le premier alinéa de l'article L.132-23-1 du Code des assurances prévoit que l'assureur dispose d'un délai de quinze jours à compter de sa connaissance du décès de l'assuré et cumulativement des coordonnées du bénéficiaire pour solliciter auprès de ce dernier les documents nécessaires au règlement des capitaux-décès qui lui reviennent.

Il est recommandé aux entreprises d'assurance d'assurer un suivi des actions menées par leur(s) mandataire(s) auprès des tiers et le cas échéant d'en conserver la preuve.

Au-delà de ce délai légal, l'assureur est tenu au versement d'intérêts de retard au double puis au triple du taux légal.

L'assureur, dûment informé du décès de l'assuré et des coordonnées du bénéficiaire, se prévaut du fait d'avoir adressé à son mandataire une demande de documents dans le délai de quinze jours pour estimer ne pas être redevable d'intérêts de retard.

Pour autant, l'assureur ne rapporte pas la preuve, dont il a charge, que son mandataire a effectivement adressé cette demande au bénéficiaire dans le délai légal ni, le cas échéant, qu'il a procédé, avant la demande de document formalisée plusieurs mois plus tard, à des relances auprès de ce dernier.

L'assureur ne peut s'affranchir du règlement d'intérêts de retard au profit des tiers bénéficiaires en raison des manquements de son mandataire, puisqu'en application de l'article L.511-1 du Code des assurances, il en est responsable.

SOLUTION

Au regard de cette situation, l'assureur, en sa qualité de mandant, est redevable des intérêts de retard prévus par l'article L.132-23-1 du Code des assurances. Ceux-ci sont dus pour la période courant à compter du lendemain du terme du délai de quinze jours jusqu'à la date effective d'envoi de la demande de documents. ●

SANDRINE GASTON



B. LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT



IL FAUT L'ACCORD DU JUGE POUR EXÉCUTER UNE DEMANDE DE RACHAT D'UN MAJEUR SOUS TUTELLE

Une opération de rachat d'un contrat d'assurance vie effectué par un assuré sous tutelle, sans représentation du tuteur et sans l'autorisation du juge, peut être annulée même lorsque l'assureur n'a pas eu connaissance de l'existence d'une mesure de protection.

CONTEXTE

En 1994, un assuré a adhéré à un contrat d'assurance vie.

L'assuré est placé sous tutelle en 2021. Il procède au rachat total de son contrat d'assurance vie en 2022. L'assureur verse alors 280 000 euros sur le compte de l'assuré.

Un an et demi plus tard, le tuteur demande à l'assureur d'annuler cette opération de rachat total, car elle a été réalisée sans sa représentation ni l'autorisation du juge. À ce titre, il réclame la reconstitution du contrat avec antériorité fiscale.

L'assureur lui indique que le rachat a été valablement exécuté de bonne foi, dans la mesure où il n'avait pas connaissance de la mesure de protection existant à l'égard de l'assuré. Il rappelle également que le tuteur, à réception de la somme de 280 000 euros, n'a pas contesté l'opération.

Les représentants de majeurs placés sous une mesure de protection doivent veiller à procéder à l'inventaire des avoirs financiers et placements détenus par la personne protégée afin d'éviter toute contestation.

MAJEUR PROTÉGÉ

ANALYSE

L'article L.132-4-I du Code des assurances dispose que « lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la souscription ou le rachat d'un contrat d'assurance sur la vie ainsi que la désignation ou la substitution du bénéficiaire ne peuvent être accomplis qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué ».

En outre, l'article 465 du Code civil prévoit que « si la personne protégée a accompli seule un acte pour lequel elle aurait dû être représentée, l'acte est nul de plein droit sans qu'il soit nécessaire de justifier d'un préjudice ».

Ainsi, la nullité de l'opération de rachat peut être opposée à l'assureur même s'il l'a exécutée de bonne foi et sans avoir eu connaissance de la mesure de tutelle de l'assuré.

SOLUTION

La nullité de plein de droit des actes réalisés en violation d'une mesure de tutelle impose l'annulation du rachat effectué sans l'accord du juge. L'ignorance de la mesure de protection par l'assureur ne permet pas à ce dernier de refuser de revenir sur l'opération, même réalisée de bonne foi. Les sommes versées doivent être réintégrées de manière rétroactive sur le contrat. ●

PRESCILLIA DELTEIL

Les assureurs doivent régulièrement mettre à jour les informations relatives à la situation juridique de leurs assurés et être particulièrement vigilants concernant les contractants plus âgés, plus susceptibles de faire l'objet d'une mesure de protection des majeurs.





LA REPRÉSENTATION DU BÉNÉFICIAIRE DES CAPITAUX-DÉCÈS N'EST PAS AUTOMATIQUE

En assurance vie, le décès du bénéficiaire avant l'assuré ou sa renonciation à la stipulation faite à son profit n'entraînent pas automatiquement le versement à ses héritiers des capitaux-décès qui lui étaient destinés.

CONTEXTE

Lors de la souscription de son contrat d'assurance vie, un assuré a désigné un unique bénéficiaire de premier rang, qui est également son seul héritier. Au décès de l'assuré, le bénéficiaire indique à l'assureur son souhait de renoncer aux capitaux-décès qui lui reviennent afin d'en faire profiter ses propres enfants.

L'assureur lui rappelle alors que la clause bénéficiaire ne comporte pas de clause de représentation, par décès du bénéficiaire avant l'assuré ou en cas de renonciation. Ainsi, s'il renonce à cette stipulation, en l'absence de bénéficiaire de second rang, les sommes réintégreront la succession de l'assuré.

ANALYSE

L'article L.132-9, alinéa 4 du Code des assurances conditionne l'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance sur la vie à l'existence du ou des bénéficiaire(s) désigné(s) au jour de l'exigibilité des sommes, c'est-à-dire au jour du décès de l'assuré, à moins que le contraire en ait été stipulé autrement.

Le mécanisme de représentation, automatique en matière successorale⁽¹⁾, doit donc à l'inverse être expressément prévu en matière d'assurance vie.

Ainsi, si la clause bénéficiaire ne prévoit pas de clause de représentation, la part de capital concernée est répartie, selon les termes de la désignation, soit entre les autres bénéficiaires de même rang, soit à ceux du rang suivant. En l'absence d'autres bénéficiaires ayant vocation à récupérer cette quote-part, les capitaux sont versés à la succession de l'assuré.

Les souscripteurs de contrat d'assurance vie doivent s'assurer que le libellé de la clause bénéficiaire pour laquelle ils optent correspond à leur volonté claire et non équivoque et, le cas échéant, la mettre régulièrement à jour.

(1) Articles 751 et suivants du Code civil.

De même, la renonciation du bénéficiaire à la stipulation faite à son profit, non prévue par le Code des assurances, peut s'appliquer à condition d'être expressément visée par la clause bénéficiaire. À défaut de mention suffisamment précise, la clause bénéficiaire sera interprétée à la lumière des volontés du stipulant, c'est-à-dire en recherchant son intention réelle.

L'assuré a ici choisi de désigner ses bénéficiaires par leurs qualités en optant pour une clause type qui ne prévoit cependant pas, à l'inverse d'autres clauses proposées dans ce même document, de représentation des bénéficiaires prédécédés ou renonçant.

Aussi, en l'absence de clause expresse visant le cas de la représentation du bénéficiaire en cas de prédécès et *a fortiori* en cas de renonciation, l'assureur a, à juste titre, attiré l'attention du bénéficiaire sur les conséquences de sa demande de renonciation.

SOLUTION

En l'absence de clause expresse de représentation du bénéficiaire en cas de décès avant l'assuré ou de renonciation à la stipulation faite à son profit, le bénéficiaire ne peut prétendre au versement automatique de sa quote-part des capitaux-décès à ses propres « représentants ».

Compte tenu de cette situation, en cas de maintien de la demande de renonciation du bénéficiaire, ces sommes doivent être versées par l'assureur à la succession de l'assuré. ●

SANDRINE GASTON

Les assureurs doivent interroger les assurés sur leur situation familiale et personnelle au moment de la souscription pour les aider à déterminer la clause bénéficiaire la plus adaptée à leur situation et, en cours de contrat, leur rappeler le libellé de la clause bénéficiaire adoptée afin de s'assurer qu'elle correspond toujours à leur volonté.





LE MÉCANISME DE REPRÉSENTATION DU BÉNÉFICIAIRE NE JOUE PAS AU PROFIT DE SES COLLATÉRAUX

L'assuré peut stipuler une clause bénéficiaire prévoyant expressément la représentation d'un ou des bénéficiaires désignés, notamment par la mention « vivant ou représenté ». Cette représentation n'est pas admise au profit des collatéraux du bénéficiaire décédé.

CONTEXTE

Le souscripteur d'un contrat d'assurance vie désigne nommément un bénéficiaire « vivant ou représenté », à défaut ses héritiers. Au décès du souscripteur, l'assureur prend contact avec le bénéficiaire nommément désigné, mais n'obtient aucune réponse. Puis, il apprend, par l'intermédiaire de la sœur du bénéficiaire, que ce dernier est décédé quelques années après le souscripteur.

L'assureur procède ainsi au versement du capital-décès aux héritiers de l'assuré désignés en second rang dans la clause bénéficiaire. La sœur du bénéficiaire décédé, en sa qualité d'héritière de son frère, conteste cette décision en invoquant l'existence d'une clause de représentation stipulée au sein de la clause bénéficiaire.

ANALYSE

La représentation est une fiction juridique, qui a pour effet d'appeler à la succession les représentants aux droits du représenté⁽¹⁾.

Bien qu'il s'agisse d'un mécanisme issu du droit des successions, les assurés ont tout à fait la possibilité d'utiliser ce mécanisme au sein d'une clause bénéficiaire. Elle permet ainsi, en cas de prédécès, décès ou renonciation du bénéficiaire désigné, que celui-ci soit représenté par son ou ses héritier(s).

Dans ce cadre et à défaut de stipulation contraire, ce sont les règles applicables à la représentation issues du Code civil qui s'appliquent au mécanisme de représentation stipulé dans la clause bénéficiaire.

L'assurance vie est par nature « hors succession », mais la clause bénéficiaire stipulée peut emprunter des mécanismes issus du droit des successions, et notamment la représentation.

(1) Article 751 du Code civil.

En l'occurrence, l'article 752-2 du Code civil précise qu'« en ligne collatérale, la représentation est admise en faveur des enfants et descendants de frères ou sœurs du défunt, soit qu'ils viennent à sa succession concurremment avec des oncles ou tantes, soit que tous les frères et sœurs du défunt étant prédécédés, la succession se trouve dévolue à leurs descendants en degrés égaux ou inégaux ».

Aussi, l'article 742 du Code civil définit la ligne collatérale comme « (...) la suite des degrés entre personnes qui ne descendent pas les unes des autres, mais qui descendent d'un auteur commun ». Soit au cas présent, la sœur du bénéficiaire.

Dans ces conditions, cela signifie que la sœur du bénéficiaire décédé, ayant la qualité de collatérale au sens du Code civil, n'a pas vocation à représenter son frère bénéficiaire décédé.

Elle ne peut donc prétendre au paiement du capital-décès en représentation de son frère. Par conséquent, les capitaux-décès ne pouvaient être versés qu'aux bénéficiaires de second rang, soit les héritiers du souscripteur.

SOLUTION

Les règles prévues par le Code civil ne permettent pas aux frères et sœurs du défunt de bénéficier du mécanisme de la représentation.

En l'absence de tout représentant, l'assureur doit donc verser le capital-décès aux bénéficiaires désignés en second rang. ●

PRESCILLIA DELTEIL

L'assuré doit être accompagné par l'assureur ou l'intermédiaire, avec qui il est en relation, concernant les règles applicables à ce mécanisme, afin de s'assurer qu'en cas de décès ou de renonciation d'un des bénéficiaires, les effets de la représentation soient en adéquation avec sa volonté.





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...). ■



LA MISSION PÉDAGOGIQUE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

Depuis mars 2020, la Médiation de l'Assurance a publié 198 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 (4)
- ◆ Assurance automobile (12)
- ◆ Assurance habitation (7)
- ◆ Catastrophes naturelles (2)
- ◆ Construction (2)
- ◆ Pertes de loyers (2)
- ◆ Pertes d'exploitation (3)
- ◆ Preuves du sinistre (2)
- ◆ Protection juridique (2)
- ◆ Responsabilité civile (8)

LES CONTRATS OU GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

- ◆ Assurance emprunteur (9)
- ◆ Contrats collectifs (3)
- ◆ Contrat mixte (1)
- ◆ Contrat obsèques (3)
- ◆ Contrat temporaire décès (1)
- ◆ Loi Évin (2)
- ◆ Notion d'accident (8)
- ◆ Perte d'emploi (5)
- ◆ Secret médical (1)

LES CONTRATS D'ASSURANCE VIE ET D'ÉPARGNE RETRAITE

- ◆ Clause bénéficiaire (5)
- ◆ Fiscalité (3)
- ◆ Rachat (5)
- ◆ Retraite (5)
- ◆ Valorisation du capital (4)
- ◆ Versement du capital (7)

LES SUJETS TRANSVERSES

- ◆ Clause d'exclusion (10)
- ◆ Déclaration du risque (13)
- ◆ Déclaration du sinistre (5)
- ◆ Devoir de conseil du professionnel d'assurance (16)
- ◆ Expertise (3)
- ◆ Indemnisation (11)
- ◆ Prescription (6)
- ◆ Résiliation (15)
- ◆ Souscription (7)

Le Médiateur publie également un cas chaque vendredi sur sa [page LinkedIn](#).

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 (24 juin 2025)
Cahier de LMA n° 7	La clause de déchéance de garantie (18 novembre 2025)
Cahier de LMA n° 8	La déclaration de risque en assurances et ses conséquences - la fausse déclaration intentionnelle (7 juillet 2026)

AUTRES PUBLICATIONS

Fondation Jean Jaurès	Les systèmes de médiation, complément indispensable de notre système judiciaire l'innovation politique Arnaud Chneiweiss (9 avril 2025)
Fondation pour l'innovation politique (Fondapol)	La défiance vue par le prisme du médiateur de l'assurance Arnaud Chneiweiss (juillet 2023)

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)
Émission n° 15	Aider les communes à s'assurer : la création de CollectivAssur (1 ^{er} juillet 2025)
Émission n° 16	La révolution tranquille en pleine ascension (4 septembre 2025)
Émission n° 17	La clause de déchéance de garantie (5 novembre 2025)

LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC

PRÉAMBULE

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

En outre, ils font des recommandations de portée générale en vue d'encourager les bonnes pratiques dans les relations avec les publics concernés.

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

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

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

Le médiateur est un tiers compétent et indépendant, non impliqué dans le différend. Son éthique repose sur les valeurs portées par la présente charte. Il dispose d'une compétence sur les sujets qui lui sont confiés en médiation. Il actualise et perfectionne ses connaissances théoriques et pratiques de la médiation par une formation continue, notamment dans le cadre du Club.

Le médiateur s'attache au respect des personnes et à leur écoute attentive afin que les parties puissent dépasser leur différend pour aboutir à une solution.



I. 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 67 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 est 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. ■

*Révisée par la directive n° (UE) 2025/2647 du 16 décembre 2025 modifiant la directive 2013/11/UE relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et modifiant les directives (UE) 2015/2302, (UE) 2019/2161 et (UE) 2020/1828 à la suite de l'abandon de la plateforme européenne de règlement en ligne des litiges.

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

COMMISSION EUROPÉENNE

- Directive (UE) 2025/2647 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2025 modifiant la directive 2013/11/UE relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation et modifiant les directives (UE) 2015/2302, (UE) 2019/2161 et (UE) 2020/1828 à la suite de l'abandon de la plateforme européenne de règlement en ligne des litiges

CECMC

- Fiches de jurisprudence de la CECMC

ACPR

- Recommandation 2024-R-02 du 2 juillet 2024 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
- Consulter les études de cas de LMA : mediation-assurance.org/etudes-de-cas
- Lire les Cahiers de LMA : mediation-assurance.org/les-cahiers-de-la-mediation

MÉDIAS

- L'assurance des collectivités locales : un sujet trop grave pour être confié aux reurs ? (Revue Risques, décembre 2025)
- Arnaud Chneiweiss, Médiateur de l'Assurance : « Les systèmes de médiation, complètement indispensables de notre système judiciaire » (Fondation Jean Jaurès, avril 2025)
- Le traitement des réclamations à flux tendu (La Tribune de l'assurance, mars 2025)
- 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)

ADRESSES UTILES

- La Médiation de l'Assurance :
mediation-assurance.org
- 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 !

8

INDEX

A

Accident	10, 78, 80, 84, 114, 116
Affinitaire	66
Annulation de voyage	10, 66
Antécédent médical	116, 124
Arrêt de travail	10, 108, 122, 124
Assurance vie	62, 110, 128, 130, 132, 134
Automobile	76, 82, 84

B

Bénéficiaire	62, 126, 128, 130, 132, 134
--------------	-----------------------------

C

Capital-décès	116, 128, 132, 134
Carte bancaire	66, 80
Catastrophe naturelle	90
Clause bénéficiaire	132, 134
Clause d'exclusion	10, 66, 80, 82, 116, 124
Compensation	100
Condition de garantie	10, 66, 78, 80, 92, 108, 114
Construction	86

D

Décès	84, 114, 116, 126, 128, 132, 134
Déchéance de garantie	66
Déclaration du risque	108, 124
Définition contractuelle	10, 78, 94, 114
Devoir de conseil	10, 62, 84, 112
Devoir de mise en garde	10, 112

E

Emprunt	122, 124, 126
Équité	10, 100
Exclusion	10, 66, 80, 82, 116, 124
Expert/expertise	90, 94, 96, 100

F

Fausse déclaration	10, 124
Fiscalité	130
Fraude	10, 62, 110

G

Garde d'un bien	80, 82
-----------------	--------

H

Habitation	78, 92, 94, 100
------------	-----------------

I

Incapacité de travail	10, 108, 116, 118, 122, 124
Indemnisation	96, 100

Inondation	90
Invalidité	10, 118

M

Majeur protégé	130
Maladie	10, 66, 116, 124
Mandataire de l'assureur	128

N

Nullité	124, 130
---------	----------

P

Participation aux bénéfices	112
Plan d'Épargne Retraite	112
Prescription	90, 122
Prêt	122, 124, 126
Preuve	74, 76, 78, 80, 96, 110, 126, 128
Prévoyance	108, 126
Principe indemnitaire	100
Propriétaire	80, 82, 84, 96
Protection juridique	74, 76, 98, 118

Q

Questionnaire de santé	124
------------------------	-----

R

Rachat	62, 110, 112, 130
Renonciation au bénéfice	132, 134
Renonciation au contrat	76
Représentation	132, 134
Résiliation	10, 74, 76, 118
Responsabilité civile	78, 80, 82, 84, 118
Retraite	62, 112

S

Santé	10, 66, 118, 124
Signature	62, 74, 76, 86, 96, 110
Souscription	66, 74, 76, 118, 122, 124, 130, 132, 134
Succession	84, 132, 134

T

Transfert	112
-----------	-----

U

Unités de compte	110
------------------	-----

V

Vol	92, 94
Voyage	10, 66, 76, 80



www.mediation-assurance.org

La Médiation de l'Assurance éditeur

TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09 — ISSN 2556-9457 — Juillet 2026

Couverture : Pont Tzelefos (pont vénitien médiéval traversant la rivière Diarizos dans la forêt de Pafos, district de Limassol, Chypre) / © Ian Rutherford/Alamy

Photos intérieures : © seignettelafontan.com / Pictos : Efficens / Natacha C.

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

Artwork / Exécution : yves@castell.com



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