



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016





RAPPORT D'ACTIVITÉ 2016

■ AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT	p.5	■ B/ En assurance de personnes	
■ LE MOT DU MÉDIATEUR	p.7	1) La mixte cachée	p.41
■ I. L'ACTUALITÉ		2) Clap de fin	p.42
■ A/ En assurance de biens et responsabilité		3) Liaison dangereuse	p.43
1) To be or not to be	p.13	4) Gare à la rente	p.44
2) Un bailleur averti en vaut deux	p.14	5) Avoir le choix ou pas	p.45
3) Et plus si affinités	p.15	6) Donner n'est pas acquis	p.46
4) La pièce cachée	p.16	7) Si ce n'est toi, c'est donc ton frère	p.47
5) Boire ou conduire	p.17	8) Ce qui est long est bon	p.48
6) Pour le meilleur et pour le pire	p.18	9) Un secret bien caché	p.49
7) Probatio diabolica	p.19		
8) La résiliation de la dernière chance	p.20	■ III. LES GRANDS PRINCIPES	
■ B/ En assurance de personnes		A/ Tu ne mentiras point	p.52
1) L'assurance de l'eau ferrugineuse	p.22	B/ Tu questionneras bien	p.54
2) Des bénéficiaires perdants	p.23	C/ Des plus sans moins	p.56
3) Les atteintes de l'âge	p.24	D/ Informer pour mieux assurer	p.60
4) Un PERP libéré	p.25	E/ Des intermédiaires dans tous leurs états	p.62
5) La femme est l'avenir de l'homme	p.26	F/ Toute l'indemnité, rien que l'indemnité	p.66
6) Verser à l'heure	p.27	G/ Absence de preuve n'est pas preuve d'absence	p.68
7) Famille, je vous hais	p.28	H/ Accident ou pas : that is the question	p.70
8) Pourquoi faire simple quand on peut faire compliqué	p.29	I/ Trop tard	p.72
■ II. LES SUJETS RÉCURRENTS		■ IV. LA MÉDIATION EN QUELQUES CHIFFRES	p.73
■ A/ En assurance de biens et responsabilité		■ V. L'INTERNATIONAL	p.83
1) Le voyage du Dr Knock	p.33	■ VI. LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC	p.87
2) Une garantie peut en cacher une autre	p.34	■ VII. ANNEXES	
3) Une électronique dans tous ses états	p.35	Charte de La Médiation de l'Assurance	p.92
4) Les clés de la couverture	p.36	Textes de référence	p.95
5) Le facteur ne sonne pas toujours deux fois	p.37	Schéma de saisine	p.96
6) Aider n'est pas plaider	p.38	Adresses utiles	p.97
7) C'est lui qui le dit	p.39	Organigramme de La Médiation de l'Assurance	p.98
		■ VIII. INDEX	p.100

*A*ssurer au Médiateur de l'Assurance les moyens d'exercer ses missions dans les conditions d'indépendance, d'expertise et de diligence qui caractérisent la médiation « à la française » : tel est l'objet de l'association La Médiation de l'Assurance, constituée entre toutes les entreprises d'assurance, quels que soient leur forme juridique et l'endroit où elles interviennent. Ainsi l'association a-t-elle dernièrement accueilli les courtiers en son sein. Ceci dans un contexte doublement marqué par l'augmentation du besoin d'assurance de nos concitoyens, à mesure de celle des aléas économiques, d'une part, et par le recours croissant aux dispositifs alternatifs de règlement des litiges, d'autre part.

Le présent rapport d'activité permettra à chacun de se faire sa propre opinion sur l'atteinte de ces objectifs. La variété des sujets évoqués et la richesse de leurs commentaires plaident, d'ores et déjà et éloquemment, pour une réussite.

On rappellera à cet égard que La Médiation de l'Assurance a été une des premières médiations sectorielles à obtenir l'approbation de la Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation. Elle la considère avec une attention et un intérêt particuliers en ce qu'elle concerne un secteur essentiel qui s'est doté d'une organisation originale, conciliant efficacité et respect de l'équité. Ainsi, une charte à laquelle chaque entreprise est tenue d'adhérer régit ses relations avec le Médiateur. Chaque entreprise participe à la couverture des coûts complets de la médiation à due proportion des différends qui la concernent. Ce mode de financement ne peut que l'inciter à perfectionner son dispositif interne de règlement des litiges en amont.

L'organisation adoptée par l'industrie de l'assurance pour répondre à l'obligation d'offrir une médiation à ses clients permet d'en limiter les coûts totaux. Elle retire leur principal argument aux professionnels qui considèrent que cette obligation leur impose des charges excessives. Ce faisant, La Médiation de l'Assurance contribue par son originalité et son exemplarité à la diffusion d'un mode de règlement des différends, dont les consommateurs français sont de plus en plus friands, et tient un rang éminent dans les réseaux internationaux FIN-NET et INFO.

Je forme en conséquence le vœu que cette jeune institution, le Médiateur et tous ses collaborateurs disposent des moyens humains, financiers et matériels leur permettant de continuer sur leur chemin d'excellence et d'inspirer tous les secteurs de l'économie à s'engager encore plus résolument dans la voie de la médiation. ■

Francis AMAND

*Président
de La Médiation
de l'Assurance*

*Président
de l'Institut national
de la consommation*

Favoriser les modes alternatifs de règlement des différends constitue une priorité des législations européenne et française, rendue nécessaire par l'évolution des mentalités et des modes de consommation. La Médiation de l'Assurance s'inscrit pleinement dans cette évolution. Elle participe d'une protection toujours accrue des intérêts des assurés, de la mutualité, et donc, sur la durée, des entreprises d'assurance.

Près de 15 000 assurés ont saisi La Médiation de l'Assurance en 2016, soit un accroissement de 53 % par rapport à 2015. Ces deux chiffres clés illustrent le succès de ce premier exercice. La création d'une médiation unique de l'assurance s'est accompagnée de son agrément au titre de « médiation de la consommation » et de la mise en œuvre de ses premières priorités.

UNE MÉDIATION UNIQUE DE L'ASSURANCE

La Médiation a vu le jour le 1^{er} septembre 2015. Cette médiation unique de l'assurance résulte de la fusion des médiations antérieures de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et du Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA), assortie de l'abandon par des groupes majeurs d'assurance de leur propre offre de médiation.

Au cours de l'année passée, de nouveaux acteurs du secteur de l'assurance ont rejoint la Médiation, à l'image d'entreprises de courtage, de sociétés d'assistance, de compagnies travaillant en France en libre prestation de services... Ainsi la Médiation constitue-t-elle la réponse de l'industrie dans son ensemble à l'obligation de présenter à ses clients une offre de médiation.

Conformément aux termes de l'article 1^{er} de la charte de la Médiation, cette réponse unitaire lui garantit les « concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission ». La taille atteinte conforte son expertise. Ses statuts, ses modalités de financement et la concurrence entre ses membres garantissent sa parfaite indépendance, son impartialité vis-à-vis des parties et sa neutralité vis-à-vis des solutions retenues.

UNE « MÉDIATION DE LA CONSOMMATION »

Dans une approche keynésienne, l'Europe entend assurer un niveau élevé de protection aux consommateurs, afin de les voir consommer des biens et services sans plus de freins.

À cette fin, tous les professionnels doivent désormais assurer à leurs clients l'accès à une entité de Règlement extrajudiciaire des litiges (REL). Leur contrôle relève en France de la nouvelle Commission



Philippe BAILLOT
Le Médiateur de l'Assurance

d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation (CECMC). En pratique, la Médiation a été évaluée par la CECMC et incluse dans la première liste des médiations françaises transmise à la Commission européenne, dès février 2016.

Pour l'essentiel, les principes applicables par les « médiations de la consommation » recourent les modalités d'exercice des médiations antérieures. Ponctuellement, les légitimes exigences en termes de célérité ont été fortement réévaluées.

Ainsi la Médiation doit-elle désormais rendre ses avis dans un délai de 90 jours à compter de la réception des documents sur lesquels est fondée la demande du consommateur. À cette fin, concomitamment à l'accroissement de ses saisines, la Médiation a augmenté significativement ses effectifs, pour les porter à 40 collaborateurs.

UNE NÉCESSAIRE PÉDAGOGIE

Un avis ne revêt aucun caractère obligatoire. La plus grande pédagogie est donc de rigueur. Un assuré ne pourra acquiescer au rejet de sa demande qu'à condition d'en comprendre la légitimité. Les avis doivent donc être didactiques. Leur rédaction doit permettre à l'assuré de constater que sa requête a été effectivement comprise et analysée dans toutes ses dimensions, de manière approfondie et en toute indépendance. À cet égard, rien n'est plus satisfaisant que les lettres d'assurés au recueil d'avis contraires à leur demande, remerciant simplement pour l'attention extrême portée à leurs difficultés et les explications fournies.

De même, une entreprise d'assurance ne pourra suivre un avis contraire qu'à condition d'en comprendre la logique. Ce faisant, la Médiation aura contribué à l'amélioration de ses services et de la qualité de son offre contractuelle.

Par suite de la dimension très juridique de l'industrie de l'assurance, cette nécessité conduit à l'élaboration d'avis relativement longs. La rédaction découlant de ces contraintes pourrait s'avérer absconse. Elle est donc toujours amendée, dans un souci didactique, afin de la rendre compréhensible par chaque assuré. Le nombre croissant de saisines de la Médiation au travers d'associations de consommateurs, avec l'assistance d'avocats ou par des conciliateurs participe de cette clarté, au bénéfice des assurés.

Naturellement, cette pédagogie a un prix. Inversement, elle explique, pour l'essentiel, le suivi des avis par les sociétés d'assurance dans 99 % des cas. Ainsi la Médiation a-t-elle pleinement atteint son objectif de pacifier la relation assuré/assureur.

UNE APPROCHE *ULTRA PETITA*

Un assuré peut légitimement éprouver des difficultés à expliciter sa réclamation. La Médiation se positionne donc comme une aide à l'assuré. Aussi le principe *non ultra petita* ne trouve-t-il pas à jouer. Une fois légitimement saisie d'une difficulté rencontrée par un assuré, la Médiation en analyse l'ensemble des dimensions sans se limiter aux termes, parfois imprécis, de sa saisine. La Médiation cherche, en effet, à conforter la confiance de l'assuré, à renforcer son information, à lutter contre son isolement.

Surtout, et toujours à la différence des tribunaux, la Médiation peut rendre son avis « en équité et dans un souci de règlement amiable ». Cette disposition permet, en faveur du seul assuré, de s'abstraire d'une stricte application des termes du contrat ou des règles de droit, lorsqu'elle conduirait à une solution contraire au bon sens.

UN SERVICE AUX ASSURÉS

La Médiation intervient « en aval » des procédures internes de règlement des litiges propres aux entreprises d'assurance et « en amont » de toute saisine des tribunaux.

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) vient de renforcer les contraintes pesant sur les entreprises en termes de diligence dans la gestion des réclamations. Le respect de ces orientations est essentiel à la satisfaction globale des assurés. Une qualité toujours accrue de ce traitement facilitera clairement le travail « en aval » de la Médiation et est seul propre à limiter l'accroissement du nombre de ses saisines.

De même, naturellement, l'efficacité de la Médiation conduira à limiter les saisines ultérieures des tribunaux. A cet égard, le fait que seuls deux assurés recensés aient saisi les tribunaux l'année passée postérieurement à un avis constitue une réelle satisfaction.

UN RAPPORT

Si la première mission de la Médiation consiste à répondre aux saisines des assurés, sa fonction centrale réside en l'élaboration du présent rapport. Conformément au droit européen, il cherche à éclairer sur les problèmes les plus significatifs, à l'origine de difficultés récurrentes pour les assurés. Il présentera successivement les difficultés nouvelles rencontrées en 2016 (I), les différends récurrents (II), et explicitera des interrogations relatives à quelques grands principes (III).

Le plus souvent, leur présentation sera assortie de recommandations sur des modalités propres à en éviter le renouvellement.

Naturellement, ces suggestions viseront à une meilleure information des assurés sur leurs droits et devoirs. Elles incitent à une rédaction renouvelée des contrats commercialisés, voire à des évolutions législatives.

Enfin, ce rapport présentera l'activité de la Médiation, en France en quelques chiffres (IV) et sur le plan international (V).

Au terme de ce premier exercice, je veux exprimer mes plus vifs remerciements :

- aux assurés et à leurs conseils pour leur confiance en la Médiation ;
- aux correspondants de la Médiation, au sein des entreprises, pour leur rôle crucial dans le recueil des éléments permettant d'éclairer les avis, la mise en œuvre de leur conclusion et, par suite, l'absence de réitération des problématiques rencontrées.

Plus encore, ma gratitude va à l'ensemble des collaborateurs de la Médiation pour leur engagement au quotidien. Leur compétence et leur dévouement, dans la recherche d'une solution de médiation aux différends des parties, constituent une condition essentielle au succès de la Médiation. Un constant danger guette tout médiateur de la consommation : tomber dans la routine ou une approche bureaucratique. Leur enthousiasme communicatif et leur capacité d'indignation me l'interdisent fort heureusement. ■



I. L'ACTUALITÉ

LES NOUVEAUX SUJETS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

TO BE OR NOT TO BE

De nombreux litiges soumis à la Médiation ont trait à la qualité d'assuré. La notion d'«assuré» diffère d'un contrat à l'autre. Aussi est-il important que le souscripteur s'y réfère afin d'en connaître les limites.

À titre d'illustration, une assurée avait réservé un voyage au Maroc pour elle-même et sa fille, au moyen de sa carte bancaire. Elle a été contrainte d'annuler le voyage pour raisons médicales.

Elle a alors sollicité le remboursement des frais d'annulation, non pris en charge par l'agence de voyage, au titre de la garantie « *modification ou annulation de voyage* », attachée à sa carte bancaire.

L'assureur a limité sa prise en charge aux frais d'annulation relatifs au voyage de l'assurée, excepté ceux relatifs à sa fille, au motif que cette dernière n'a pas la qualité d'assurée au sens du contrat.

En effet, le contrat prévoyait que les enfants de plus de vingt-cinq ans (en l'espèce, la fille de l'assurée est âgée de trente-trois ans) n'ont pas la qualité d'assuré au sens du contrat. À cet égard, les garanties d'assurance annulation voyage attachées aux cartes bancaires ne sont effectivement pas des contrats d'assurance annulation voyage proprement dits, souscrits spécialement en vue d'un voyage. Elles sont souvent plus restrictives, d'où la nécessité de prendre connaissance de leur étendue en se référant, notamment, à la définition du terme « assuré » dans le contrat.

Dans une autre saisine, l'assuré avait déclaré à son assureur que ses enfants avaient fait tomber son

ordinateur et sa tablette. Il demandait la mobilisation de la garantie « *dommage matériel accidentel* » de son contrat « *appareils nomades* ». Toutefois, l'assureur a refusé de prendre en charge les dommages au motif que la garantie ne joue qu'en cas d'événement extérieur à l'assuré. En effet, la notion d'assuré, telle que définie par le contrat, incluait cette fois-ci les enfants du souscripteur. Bien que les dommages ne soient pas le fait du souscripteur, encore faut-il que le tiers n'ait pas la qualité d'assuré au sens du contrat.

Dans un autre cas, l'assuré, victime de dégradations sur sa porte d'entrée, sollicitait le remboursement des frais de serrurerie. Or, son ex-femme, elle-même propriétaire du logement au moment des faits et assurée à ce titre, était à l'origine de l'effraction. L'assureur a refusé toute prise en charge au motif que les dégradations ont été volontairement commises par l'un des assurés sur l'un des biens garantis.

L'attention de l'assuré doit être portée, lors de la souscription, sur la nécessité d'adapter son contrat à sa situation personnelle. Ces cas soulignent l'importance d'en vérifier continûment l'adéquation à l'évolution de sa situation familiale. ●



CONSEIL AUX ASSURÉS

VÉRIFIEZ L'IDENTITÉ
DES PERSONNES ASSURÉES
AU TITRE DE VOTRE CONTRAT,
EN VOUS REPORTANT AUX
CONDITIONS PARTICULIÈRES
ET GÉNÉRALES, POUR PARFAIRE
VOTRE GARANTIE ET SON
ADÉQUATION À VOTRE
SITUATION.

UN BAILLEUR AVERTI EN VAUT DEUX

La souscription d'une garantie locative, par les propriétaires bailleurs, permet de pallier l'inquiétude légitime générée par la perspective d'impayés ou de détériorations. Toutefois, la mise en œuvre de ce contrat d'assurance est soumise à des conditions strictes, sources de litiges car souvent méconnues des souscripteurs.

Depuis l'échec du dispositif à but social de la Garantie des risques locatifs (GRL), mis en place par l'État, les garanties locatives sont exclusivement distribuées par des établissements privés au moyen de contrats d'assurance classiques. Cette garantie permet aux propriétaires bailleurs de biens immobiliers de se prémunir contre les éventuels risques liés à la location, notamment les loyers impayés et les dégradations du bien.

Au regard de la conjoncture économique actuelle, la garantie locative constitue un gage de sécurité nécessaire pour des propriétaires (endettés, dénués d'autres sources de revenus...). Si ce type de contrat d'assurance présente indéniablement des avantages, les conditions attachées à la mise en œuvre de ses garanties sont contractuellement définies et doivent être respectées par l'assuré.

L'assureur insère généralement des délais courts, notamment pour la déclaration du sinistre et la constitution du dossier. Ces délais sont imposés au

propriétaire bailleur sous peine de déchéance de garantie. Ce dernier doit scrupuleusement respecter ces délais et faire le nécessaire afin notamment de déclarer rapidement un éventuel impayé du locataire. Ainsi l'assuré, pour ne pas être pénalisé, peut-il être conduit à limiter les démarches amiables engagées personnellement et préalablement à l'ouverture du dossier d'assurance. Les contrats prévoient généralement une relance écrite à effectuer par le propriétaire à l'encontre de son locataire défaillant dans un bref délai, accompagnée d'une mise en demeure si l'impayé persiste.

Ces délais sont imposés afin de limiter l'importance de la dette locative laissée à la charge de l'assureur et lui permettre d'engager rapidement les poursuites de recouvrement nécessaires. Cependant, lorsque la déclaration tardive du sinistre est sanctionnée par une déchéance de garantie, le Médiateur vérifiera que les dispositions du Code des assurances ont été respectées, par l'établissement de la preuve que ce retard a causé à l'assureur un préjudice. ●

ALERTE ASSUREUR

SI LES DÉLAIS CONTRACTUELS S'IMPOSENT INCONTESTABLEMENT AU BAILLEUR ASSURÉ, IL CONVIENT NÉANMOINS QUE L'ASSUREUR Prouve QUE LE RETARD, DANS UNE DÉCLARATION DE SINISTRE, LUI A CAUSÉ UN PRÉJUDICE. À DÉFAUT, LE MÉDIATEUR DÉCLARERA LA DÉCHÉANCE DE GARANTIE INOPÉRANTE ET L'INDEMNISATION DEVRA INTERVENIR.

ALERTE ASSURÉ

FACE À UN IMPAYÉ DE SON LOCATAIRE, LE PROPRIÉTAIRE BAILLEUR, QUI DISPOSE D'UNE GARANTIE LOCATIVE, DOIT FAIRE RAPIDEMENT LE NÉCESSAIRE AFIN DE DÉCLARER L'INCIDENT À SON ASSUREUR ET RASSEMBLER LES PIÈCES JUSTIFICATIVES. CETTE CÉLÉRITÉ IMPOSÉE IMPLIQUE POUR L'ASSURÉ DE LIMITER LES DÉMARCHES AMIABLES PRÉALABLES À LA DÉCLARATION DE SINISTRE. L'ASSURÉ DOIT ÊTRE D'AUTANT PLUS VIGILANT LORSQU'IL A CHARGÉ UN ADMINISTRATEUR DE BIENS DE LA GESTION DU CONTRAT DE LOCATION.

ET PLUS SI AFFINITÉS

Les assurances affinitaires ont beaucoup fait parler d'elles dernièrement, principalement au travers de la loi Hamon. L'information relative à ces contrats est trop souvent lacunaire et l'interprétation restrictive des clauses par les assureurs conduit les assurés à se tourner vers la Médiation, dans des proportions toujours importantes.

Les assurances dites « *affinitaires* » sont souscrites, de manière complémentaire, à l'occasion de l'achat d'un bien ou d'un service. Ces garanties accessoires à la vente d'un produit de grande consommation peuvent être limitées de par leur nature, mais aussi par leur rédaction.

Nombre de dossiers mettent en évidence le caractère restreint de ces garanties, à l'exemple des assurances annulation voyage comportant une garantie « *annulation, modification ou interruption* ». Généralement, il s'agit d'assurés contraints de prendre un vol retour plus tard pour raison médicale. Les contrats d'assurance en cause distinguent bien les événements affectant le voyage à l'aller, pour lesquels la garantie « *annulation ou modification* » peut être mise en œuvre, de ceux du retour, pour lesquels seule la garantie « *interruption* » est prévue.

UN « ALLER – PAS TOUJOURS – SIMPLE »

Bien que l'impossibilité de prendre un vol retour pour raison médicale ne soit pas contestée, l'attention des assurés est attirée sur le fait qu'il ne s'agit pas d'une annulation, d'une modification ou d'une interruption de voyage au sens du contrat, mais bien d'une prolongation de voyage, événement le plus

souvent non garanti par la police.

Or, indépendamment des difficultés réelles rencontrées, si l'assureur doit exécuter la prestation prévue par le contrat en cas de survenance d'un événement garanti, il ne peut être tenu au-delà.

Dans le domaine de la téléphonie, à l'occasion d'une saisine portant sur une garantie « *dommage matériel et oxydation* » d'un téléphone, il est apparu que le contrat définissait l'objet de la garantie « *oxydation* » comme « *toute exposition à l'humidité nuisant au bon fonctionnement de l'appareil garanti* ». Au titre des exclusions contractuelles était exclue « *l'oxydation résultant de l'exposition de l'appareil garanti à l'humidité* ».

L'exclusion évoquée, par l'usage réitéré, et par suite ambigu, du terme « *exposition* », vidait la garantie de toute substance, ce qui a conduit le Médiateur à inviter l'assureur à prendre en charge le sinistre et à revoir la rédaction de ses contrats.

L'assureur est libre de déterminer, au sein de son contrat, les risques qu'il entend ou non garantir, ainsi que les conditions de mise en œuvre des garanties. Pour autant, le contenu de ces contrats doit être conforme aux dispositions légales en matière d'assurance. ●



DÉBITEUR D'UN DEVOIR D'INFORMATION LORS DE LA SOUSCRIPTION, L'ASSUREUR DOIT VEILLER À CE QUE LES CLAUSES DES CONTRATS PROPOSÉS ADOPTENT UNE RÉDACTION CLAIRE, DÉNUÉE D'AMBIGUÏTÉ ET COHÉRENTE AVEC LES LÉGITIMES ATTENTES D'UN ASSURÉ.



IL APPARTIENT À L'ASSURÉ, QUELLES QUE SOIENT LES CIRCONSTANCES, DE LIRE ATTENTIVEMENT LES DOCUMENTS CONTRACTUELS REMIS ET DE VÉRIFIER, PRÉALABLEMENT À LEUR SIGNATURE, QUE LES DISPOSITIONS DU CONTRAT SONT CONFORMES À SES ATTENTES.

LA PIÈCE CACHÉE

Depuis quelques années, les contrats d'assurance garantissant les pannes mécaniques de véhicules, et, par voie de conséquence, les réclamations y afférant, connaissent un fort développement.

Ces contrats sont applicables postérieurement à la période de garantie proposée par les constructeurs automobiles et visent donc prioritairement les véhicules d'occasion.

Ainsi, d'après une étude de novembre 2016 du Groupement inter-professionnel de l'automobile (Gipa), 43 % des acquéreurs de véhicules d'occasion ont souscrit ce type de garanties, principalement vendues par les professionnels de l'automobile, mais aussi directement par les assureurs ou d'autres professionnels (courtiers, banquiers...).

La garantie panne mécanique couvre les dommages d'ordre mécanique ou électronique, ayant un caractère imprévu, subi et fortuit et une cause interne au véhicule, survenant exclusivement sur des composants du véhicule déterminés contractuellement. Cette garantie est souvent dite « pièces listées ».

L'application de cette garantie, concernant des pièces limitativement énoncées au contrat, génère nombre de litiges. En effet, dans certains contrats, tout élément ne figurant pas dans la liste exhaustive

des pièces couvertes ne peut strictement pas faire l'objet d'une prise en charge.

En pratique, une difficulté récurrente apparaît lors du changement d'une pièce garantie, lorsque la réparation du véhicule en panne nécessite également le remplacement d'une pièce non garantie et indissociable.

Pour mémoire, l'examen technique de ce type de litiges est du ressort des cabinets d'expertise et n'est donc pas de la compétence de la Médiation.

Dans de tels cas, le Médiateur peut estimer que la garantie doit être délivrée pour la totalité des frais de réparation supportés.

Par ailleurs, en cas de contestation de l'assuré sur la qualification de la pièce endommagée par l'assureur, entraînant un éventuel refus de garantie, le Médiateur invite les parties à demander la confirmation à un cabinet d'expertise ou à un professionnel automobile. ●



LA GARANTIE PANNE MÉCANIQUE :

UN CASSE-TÊTE ENTRE LA QUALIFICATION DES PIÈCES GARANTIES ET LE REMPLACEMENT D'UNE PIÈCE NON COUVERTE, RENDU INDISPENSABLE POUR ACCÉDER À UNE PIÈCE GARANTIE. LE MÉDIATEUR ESTIME QUE LE REMPLACEMENT DE LA PIÈCE NON LISTÉE, INDISSOCIABLE D'UNE PIÈCE GARANTIE, DOIT ÊTRE PRIS EN CHARGE PAR L'ENTREPRISE D'ASSURANCE.

BOIRE OU CONDUIRE

Nombre de saisines attestent l'insuffisante sensibilisation des conducteurs à l'impact de la consommation d'alcool sur leur contrat d'assurance.

La conduite sous l'emprise d'un état alcoolique supérieur aux limites légales est passible de sanctions. En France, il est en effet interdit de conduire avec un taux d'alcool pur dans le sang égal ou supérieur à 0,5 gramme par litre de sang.

Les assureurs sont libres d'insérer au sein de leur contrat une clause d'exclusion aux termes de laquelle ne seront pas garantis les dommages matériels et/ou corporels subis par le conducteur ayant causé l'accident alors qu'il était sous l'emprise d'alcool. L'assureur est également libre de fixer un seuil d'imprégnation au-delà duquel il n'interviendra pas.

Pour être valable, une clause d'exclusion doit être formelle et limitée, mais aussi figurer en caractères

très apparents au sein du contrat. Il appartient à l'assureur de démontrer le lien causal entre le comportement en état d'ivresse et la réalisation de l'accident, autrement dit, que l'accident est bien la conséquence directe de la consommation d'alcool.

Naturellement, cette exception de garantie n'est pas opposable à la victime, qui obtiendra réparation de ses dommages au titre de la garantie responsabilité civile obligatoirement souscrite (cf. art. L.211-6 CA). Le conducteur responsable s'expose tout de même au recours de son propre assureur qui souhaiterait obtenir le remboursement des sommes engagées auprès de la victime.

Alors, boire ou être assuré, il faut également choisir. ●



DES CLAUSES D'EXCLUSION LARGEMENT PRÉSENTES DANS LES CONTRATS FONT PERDRE À L'ASSURÉ (SOUSCRIPTEUR OU CONDUCTEUR) LA POSSIBILITÉ D'ÊTRE INDEMNISÉ POUR SES PROPRES DOMMAGES, TANT MATÉRIELS QUE CORPORELS. ELLES IMPACTENT ÉGALEMENT LA MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE PROTECTION JURIDIQUE ET PLUS LARGEMENT LA DÉLIVRANCE DES GARANTIES FACULTATIVES SOUSCRITES. UNE PLUS LARGE COMMUNICATION SUR LEUR EXISTENCE PARTICIPERAIT UTILEMENT DE LA LUTTE CONTRE LE FLÉAU DE L'ALCOOL AU VOLANT.

POUR LE MEILLEUR ET POUR LE PIRE

Lors d'un accident de la circulation se pose très souvent le problème lié au coefficient de « réduction majoration », plus communément appelé le « bonus-malus ».

L'article A.121-1 du Code des assurances dispose que, lorsqu'un sinistre intervient pendant une période annuelle, ce coefficient est majoré de 25 % si la responsabilité du conducteur est totale, et de 12,5 % si elle n'est que partielle.

Certains assureurs proposent dans leur contrat un avantage appelé « Bonus à Vie ». Dans ce cas, un assuré dont la responsabilité est engagée lors d'un accident de la circulation, ne subit aucune majoration sur sa cotisation annuelle. Toutefois, le coefficient évolue normalement, conformément aux dispositions légales. Le médiateur a dû expliciter ce mécanisme à nombre d'assurés qui n'en comprenaient pas le fonctionnement ou le découvraient à l'occasion d'un changement d'assureur.

L'annexe 10 de l'article susvisé dispose : « Le coefficient de réduction-majoration acquis au titre du véhicule désigné au contrat est automatiquement transféré en cas de remplacement de ce véhicule ou en cas d'acquisition d'un ou plusieurs véhicules supplémentaires ».

LE COEFFICIENT « BONUS-MALUS » SUIT LE CONDUCTEUR

Une assurée avait souscrit un contrat automobile pour lequel le coefficient de réduction majoration était de 0,50, puis elle avait, neuf mois après, assuré un autre véhicule auprès du même assureur. Cette assurée a subi un sinistre automobile responsable avec ce second véhicule. L'assureur a estimé qu'elle ne pouvait bénéficier du « gel » du coefficient, prévu à l'article susvisé, parce qu'elle n'était pas titulaire d'un bonus de 0,50 depuis au moins trois ans. L'assurée a contesté cette décision, estimant qu'elle bénéficiait bien d'un « bonus » de 0,50 depuis trois ans, quel que soit le contrat.

Le Médiateur a précisé que les textes n'étaient pas nettement tranchés sur le point de savoir si le « bonus-malus » était personnel ou réel. Il a néanmoins estimé que les trois ans exigés par la réglementation étaient bien constitués, rappelant que l'esprit qui a présidé l'instauration du « gel » du coefficient en 1991 était de récompenser les bons conducteurs. ●



LE COEFFICIENT RÉDUCTION-MAJORATION, PLUS CONNU SOUS LE NOM « BONUS-MALUS », EST UN SYSTÈME D'APPRÉCIATION DE BONNE OU MAUVAISE CONDUITE D'UN ASSURÉ. TANTÔT CE SYSTÈME RÉCOMPENSE LE « BON » CONDUCTEUR EN AUGMENTANT SON « BONUS », TANTÔT IL PÉNALISE LE CONDUCTEUR FAUTIF EN AUGMENTANT SON « MALUS », MAIS TOUJOURS DANS UN SOUCI D'ÉQUITÉ POUR TOUS.

PROBATIO DIABOLICA

Face aux équivoques de certains contrats d'assurance, la preuve de la réunion des conditions de garantie peut s'avérer difficile pour l'assuré. Le recours à la méthode dite du « faisceau d'indices » apparaît alors comme la solution.

Nombre de contrats d'habitation demeurent trop ambigus quant à la notion de « tentative de vol ».

ne jouait qu'en cas d'acte de vandalisme commis à l'intérieur de l'habitation.

Afin de remédier à cette carence, une définition de « tentative » a été dégagée par la jurisprudence comme : « *un acte qui tend directement au délit lorsqu'il a été accompli avec intention de le commettre* », mais dont le résultat voulu par l'auteur ne s'est pas réalisé.

La preuve de la tentative de vol, et plus spécialement de l'intention de commettre un vol, est délicate à rapporter. Face à cette *probatio diabolica*, il convient de s'en rapporter aux « présomptions graves, précises et concordantes » visées par l'article 1382 nouveau du Code civil.

Des assurés, victimes d'un acte de vandalisme sur la porte d'entrée de leur maison, ont sollicité le remboursement des frais de serrurerie. L'assureur a refusé toute prise en charge au motif que la garantie

Toutefois, après instruction du dossier, le Médiateur a relevé que le contrat garantissait également la tentative de vol. Cette garantie avait vocation à couvrir tous les dommages causés à l'habitation en vue de commettre un vol ou une tentative de vol.

En l'espèce, le mode opératoire utilisé par le ou les auteurs de l'infraction autorisait à présumer que l'intrusion d'objets métalliques dans la serrure était un commencement d'exécution qui avait pour finalité de pénétrer dans l'habitation des assurés. Par ailleurs, la matérialité du sinistre n'était pas contestée par l'assureur.

Face à ces présomptions, le Médiateur a considéré que la preuve de la tentative de vol était établie de sorte que ladite garantie a pu effectivement être délivrée aux assurés. ●



LES ASSUREURS SONT INVITÉS À DÉFINIR PRÉCISÉMENT DANS LEUR CONTRAT LA NOTION DE « TENTATIVE » AFIN D'ÉVITER TOUTE AMBIGUÏTÉ ET, CE FAISANT, NOMBRE DE LITIGES.

LA RÉSILIATION DE LA DERNIÈRE CHANCE

Dans la pratique, notamment des cabinets de courtage, s'est développée une forme de résiliation des contrats d'assurance, en apparence plus souple : la « résiliation à titre conservatoire ».

Ce type de résiliation, non reconnu juridiquement, concerne principalement les contrats garantissant des professionnels. En effet, un professionnel qui détient plusieurs contrats auprès d'un assureur, et souhaite opérer un appel d'offres en vue de trouver de meilleurs tarifs d'assurance, transmet un courrier recommandé de résiliation pour la prochaine échéance à son assureur, en ajoutant la mention « à titre conservatoire ». Cette précision vise à lui permettre d'annuler sa résiliation, s'il n'a pas trouvé un meilleur contrat à la concurrence.

AUCUNE DISPOSITION LÉGALE NE LA RECONNAÎT FORMELLEMENT

Selon ces professionnels, une telle résiliation est valable – la formule « à titre conservatoire » n'étant utilisée que pour indiquer à l'assureur que la poursuite de la relation d'assurance demeure envisageable. Elle constituerait une invitation à entrer en pourparlers dans l'optique de négocier de nouvelles conditions contractuelles plus avantageuses.

Au contraire, le Médiateur a retenu dans un dossier que la résiliation d'un contrat, pour être valable, nécessitait une volonté ferme et non équivoque de mettre fin à la relation contractuelle entre les parties. Le fait d'ajouter expressément sur un courrier de résiliation la mention « à titre conservatoire », permet de douter de la fermeté de l'intention de résilier.

L'acceptation d'un tel mécanisme relève du bon vouloir de l'entreprise d'assurance. Ainsi constitue-t-elle une simple faculté commerciale offerte par certaines compagnies ou cabinets de courtage, mais n'a aucune valeur juridique.

Il revient néanmoins aux praticiens qui promeuvent une telle manière de résilier, d'assumer l'éventuelle contestation de leurs clients sur le fondement d'un défaut de conseil, si la résiliation venait à être refusée par l'entreprise d'assurance concernée. ●



LA RÉSILIATION CONSERVATOIRE :
UN NOUVEAU PROCÉDÉ ISSU
DE LA PRATIQUE,
SANS VALEUR JURIDIQUE,
DONT LE MÉDIATEUR A RETENU
QU'IL RELEVAIT,
ÉVENTUELLEMENT, D'UN GESTE
COMMERCIAL ET NON D'UN
DROIT DU CONSOMMATEUR.

LES NOUVEAUX SUJETS EN ASSURANCE DE PERSONNES

L'ASSURANCE DE L'EAU FERRUGINEUSE

Les clauses d'exclusion liées à l'état d'alcoolémie de l'assuré : la nécessité d'un allègement de la charge de la preuve.

Un conducteur qui a un accident en état d'ivresse commet une infraction l'exposant à des sanctions pénales. Ce comportement peut, par ailleurs, avoir un impact en matière d'assurance : la privation des garanties individuelles.

Afin de prévenir ce genre de comportement, les assureurs ont la liberté d'introduire des clauses d'exclusion dans les contrats concernés.

Ces dernières énoncent les situations où l'assuré se voit priver de couverture. Si les exclusions diffèrent selon les assureurs, la conduite en état d'ébriété est un cas de figure la plupart du temps envisagé.

Dès lors, l'assuré ne peut, en principe, prétendre au bénéfice de ses garanties de prévoyance lorsque l'accident subi découle d'une consommation excessive d'alcool. Par ailleurs, l'absence de poursuites pénales pour conduite en état d'ivresse n'a aucune influence sur l'application de cette clause d'exclusion.

Cependant, il reste difficile pour les assureurs d'opposer de telles clauses à leurs assurés. En effet, il est de jurisprudence constante que pour qu'elles puissent produire leur plein effet, il appartient à l'assureur de prouver que les conditions d'application de ces clauses sont réunies. Ainsi, outre l'obligation de s'appuyer sur une clause formelle limitée et

mentionnée en caractères très apparents, l'assureur doit prouver que l'état alcoolique de l'assuré est la cause directe, certaine et exclusive de l'accident pour pouvoir lui opposer une exclusion de garantie.

Dans une volonté de protéger la partie contractante la plus faible, la Cour de cassation impose à l'assureur de prouver un « lien exclusif » entre l'état d'ébriété de l'assuré et le sinistre.

Pourtant, pour de nombreux assureurs, l'exclusion joue dès lors que l'alcoolémie excessive est avérée. Ainsi partent-ils du postulat que, même si d'autres circonstances peuvent interférer dans la réalisation du dommage, il n'est pas possible d'exclure tout rôle causal à la prise d'alcool puisque les réflexes du conducteur sont diminués, lorsque la consommation d'alcool est supérieure au taux toléré.

Afin de prévenir cette difficulté, il conviendrait que l'assureur affine la rédaction d'une telle clause d'exclusion en ne se contentant pas seulement de parler d'« état alcoolique » mais en se référant au seuil légal d'alcoolémie. Cette précision pourrait peut-être alléger la charge de la preuve imposée par la Haute juridiction. Son éventuelle adoption devra surtout être assortie d'une réelle pédagogie auprès des assurés pour lutter contre des comportements aussi dommageables aux individus qu'à la société. ●



L'ASSUREUR DOIT ÊTRE
VIGILANT DANS LA RÉDACTION
DE LA CLAUSE EXCLUANT
L'INDEMNISATION EN CAS
DE DOMMAGE CAUSÉ
À UNE PERSONNE EN ÉTAT
ALCOOLIQUE.

DES BÉNÉFICIAIRES PERDANTS

L'assurance mixte : une nébuleuse quant au devenir du capital à la suite du décès de l'assuré une fois le terme échu.

Les contrats collectifs dits « mixtes » sont destinés à couvrir l'assuré en cas d'invalidité et de décès, ainsi qu'à lui garantir le versement d'un capital en cas de vie au terme du contrat. Il s'agit ici d'assurance « alternative », et non cumulative. Elle combine deux risques opposés – le décès ou la survie – dont un seul se réalisera.

Si l'assureur verse à l'échéance le capital convenu à un tiers bénéficiaire parce que le souscripteur est décédé, il s'agira d'une opération classique de prévoyance. Si, au contraire, l'assureur verse le capital convenu au souscripteur lui-même, encore en vie à l'échéance, il s'agira alors d'une opération d'épargne.

Une difficulté récurrente concerne le devenir du capital lorsque l'assuré décède après le terme du contrat, sans avoir récupéré le capital de son vivant.

Le contrat d'assurance n'envisage généralement pas l'hypothèse du décès de l'assuré après le terme du contrat puisqu'à l'arrivée de celui-ci, et en cas de vie de l'assuré, ce dernier est censé percevoir le capital.

Dès lors, le contrat ne prévoit logiquement pas le versement du capital aux bénéficiaires désignés en cas de décès du souscripteur, postérieurement à l'arrivée du terme.

Pour autant, les bénéficiaires désignés au contrat souhaitent obtenir le versement du capital et non pas l'intégration des sommes à la succession en invoquant le respect de la volonté du défunt – les bénéficiaires du contrat pouvant être différents des héritiers à la succession –, voire un avantage fiscal, alors même que le contrat a pris fin et n'a plus d'existence juridique.

Au regard de l'incompréhension – réelle ou feinte – que peut susciter cette position chez les bénéficiaires au contrat d'assurance, il convient de recommander aux entreprises d'assurance d'expliquer au sein des conditions générales du contrat, et de manière précise, ce qu'il advient du capital lorsque le souscripteur décède postérieurement au terme du contrat. Une telle hypothèse permettrait d'éviter nombre de frustrations, voire de litiges. ●



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSUREURS À PARFAITEMENT COMMUNIQUER SUR LE DESTINATAIRE DU CAPITAL DÙ AU TERME DU CONTRAT, POUR ÉVITER TOUTE AMBIGUÏTÉ, VOIRE FAUSSE ESPÉRANCE.

LES ATTEINTES DE L'ÂGE

Discrimination liée à l'âge et cotisation identique.

L'âge occupe une place prépondérante en matière d'assurance de personnes, notamment dans le cadre des contrats d'assurance emprunteur qui contiennent des clauses de cessation de garantie à compter de la survenance de certains anniversaires.

Les assurés, une fois l'âge limite des garanties atteint, réclament la poursuite de leur couverture, notamment au motif que le montant de leur cotisation reste identique, et déclarent ne pas en avoir été informés.

En matière d'assurance collective emprunteur, le conseiller est tenu de proposer des contrats d'assurance en adéquation avec la situation personnelle de l'assuré (notamment, en l'espèce, adaptés à son âge) et de l'informer, lors de l'adhésion, de la présence de telles clauses limitatives de garanties liées à l'âge. Pour autant, le contrat devrait davan-

tage mettre en évidence l'existence de telles clauses pour être parfaitement appréhendé par les assurés.

Quant au montant de la cotisation, celui-ci reste identique après la cessation des garanties, ce qui soulève une incompréhension chez les assurés.

Cependant, selon le principe de la mutualisation du risque et du fait du calcul de la cotisation dès l'origine en tenant compte de cette cessation, il n'est pas possible d'en diminuer le montant. Une intervention de la Médiation à cet égard reviendrait à remettre en cause le principe de la liberté contractuelle.

Pour mémoire, le Défenseur des droits a vu dans cette situation une forme de discrimination en matière de prévoyance collective obligatoire (décision MLD-2016-106). ●



LES ORGANISMES D'ASSURANCE SONT INVITÉS À FAIRE APPARAÎTRE, CLAIREMENT ET SANS AMBIGUÏTÉ, LES CLAUSES DE CESSATION DES GARANTIES DU FAIT DE LA SURVENANCE DE CERTAINS ANNIVERSAIRES POUR CHAQUE GARANTIE AU TITRE DE LAQUELLE ELLES TROUVENT À S'APPLIQUER. NATURELLEMENT, IL EST TOUT AUSSI ESSENTIEL QUE LES ASSURÉS PRENNENT CONNAISSANCE AVEC ATTENTION DES DOCUMENTS CONTRACTUELS.

UN PERP LIBÉRÉ

Le rachat des petits Plans épargne retraite populaire (PERP) enfin possible.

La loi du 9 décembre 2016 relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique, dite loi Sapin II, autorise le rachat anticipé des PERP de faible montant.

Le PERP vise à la constitution d'un capital versé sous la forme d'une rente à compter du départ à la retraite du souscripteur. Le rachat de ce contrat n'était possible que dans de rares cas, limitativement énumérés à l'article L.132-23 du Code des assurances (le décès du conjoint, l'invalidité de catégorie 2 ou 3, l'expiration du droit aux allocations chômage en cas de licenciement...).

La finalité de ce contrat, souvent incomprise par les assurés, appelle régulièrement une intervention de la Médiation afin de rappeler notamment les cas de rachat. Avant l'entrée en vigueur de la loi Sapin II, le Médiateur de la FFSA s'était déjà prononcé en

faveur du déblocage des PERP de faible montant.

La possibilité de rachat anticipé offerte par la loi Sapin II, modifiant l'article L.144-2 du Code des assurances, reste néanmoins soumise à quatre conditions cumulatives :

- La valeur de transfert du contrat doit être inférieure à 2000 € ;
- Aucune cotisation ne doit avoir été versée au cours des 4 dernières années (pour un contrat ne prévoyant pas une cotisation régulière) ;
- L'adhésion au contrat doit dater de plus de 4 ans révolus (pour un versement régulier) ;
- Le revenu du foyer fiscal de l'année précédant le rachat doit être inférieur aux limites fixées à l'article 1417 du Code général des impôts.

Cette avancée n'a malheureusement pas été étendue aux contrats Madelin, Prefon et Corem. ●



FACE À DES ASSURÉS EN DIFFICULTÉ FINANCIÈRE, L'ASSUREUR EST INVITÉ À LES INFORMER DES NOUVELLES POSSIBILITÉS DE DÉBLOCAGE ANTICIPÉ DES PERP ET À EXAMINER SI SES CONDITIONS SONT RÉUNIES LORSQUE L'ASSURÉ DEMANDE LE RACHAT DE SON CONTRAT.



LE MÉDIATEUR INVITE LES POUVOIRS PUBLICS, PAR COHÉRENCE, À ÉTENDRE AUX CONTRATS MADELIN, PREFON ET COREM, LA NOUVELLE POSSIBILITÉ, OFFERTE PAR LA LOI SAPIN II EN MATIÈRE DE PERP.

LA FEMME EST L'AVENIR DE L'HOMME

Non-discrimination et tables de mortalité : la prudence est de mise.

L'application du principe de non-discrimination peut conduire à appliquer la table de mortalité TGF05 (Table par Génération des Femmes 2005) aux hommes.

Les organismes d'assurance sur la vie doivent constituer dans leurs comptes des provisions destinées à garantir leurs engagements relatifs au service des rentes viagères, et donc tenir compte de l'évolution de l'espérance de vie.

L'article A.132-18 du Code des assurances se réfère spécifiquement aux tables homologuées par arrêté du ministre de l'Économie et des Finances. Le dernier en date, applicable à compter du 1^{er} janvier 2007, homologuait les tables de mortalité dites « TGF05 » et « TGH05 ».

Si ces tables sont basées sur des études actuarielles, le sexe y est un critère essentiel conduisant à des prestations différenciées. Or, la Cour de justice de l'Union européenne, dans son arrêt « Test-Achat » du 1^{er} mars 2011, a considéré que « *la prise en compte du sexe de l'assuré en tant que facteur de risques dans les contrats d'assurance constitue une discrimination* ».

Ainsi a-t-elle mis fin à la possibilité de déroger au principe des primes et prestations unisexes pour les produits d'assurance, à compter du 21 décembre 2012.

À la suite de cet arrêt, la loi du 26 juillet 2013 a ajouté un paragraphe II bis à l'article L.111-7 du Code des assurances, précisant qu'il n'est possible de déroger au principe de prestation unisexe que pour les contrats conclus avant le 20 décembre 2012 et n'ayant pas fait l'objet d'une modification substantielle nécessitant l'accord des parties après cette date.

À défaut d'avoir établi une table unisexe, et dans un souci prudentiel, les assureurs appliquent la table TGF05 à tous leurs assurés, ce qui a pu générer des contestations de la part de la gente masculine.

Pour les contrats souscrits avant le 20 décembre 2012, le recours dérogatoire aux tables différenciées ne constitue qu'une possibilité. L'assureur est libre d'appliquer une table unisexe dès lors que le contrat ne garantissait pas l'application d'une table différenciée. ●



LE PRINCIPE DE NON-DISCRIMINATION ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES CONDUIT À APPLIQUER LA MÊME TABLE DE MORTALITÉ LORS DU CALCUL DE LA RENTE. LE RECOURS À DES TABLES DE MORTALITÉ DIFFÉRENTES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES N'EST POSSIBLE QUE POUR LES CONTRATS SOUSCRITS AVANT LE 20 DÉCEMBRE 2012 QUI N'ONT PAS FAIT L'OBJET D'UNE MODIFICATION SUBSTANTIELLE, NÉCESSITANT L'ACCORD DES DEUX PARTIES APRÈS CETTE DATE, ET QUI PRÉVOIENT LE RECOURS À CES TABLES.

VERSER À L'HEURE

Dans le cadre de la recherche des bénéficiaires, imposée aux assureurs dans le portefeuille desquels subsistent des contrats non réclamés, une vague de réclamations a été soumise à la Médiation concernant l'indemnisation du délai de versement du capital.

Les assureurs ne prennent parfois contact avec les bénéficiaires de contrats d'assurance vie que des années après avoir eu connaissance du décès du souscripteur. Les bénéficiaires se trouvent surpris d'être contactés si tardivement.

Ils sollicitent alors le versement d'un intérêt au double ou au triple du taux légal, sur le fondement de l'article L.132-23-1 du Code des assurances, pour la période comprise entre la date du décès et la date de versement effectif du capital, considérant que ces sommes ont bénéficié à l'assureur pendant cette période.

Selon ce texte, il incombe à l'assureur de solliciter les pièces nécessaires au paiement du capital dans un délai de quinze jours à compter de la réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire. Il dispose ensuite d'un délai d'un mois, à réception de ces pièces, pour procéder au versement du capital. À défaut, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois, puis au triple au-delà. C'est cette indemnisation que réclament les bénéficiaires contactés tardivement par l'assureur. Le Médiateur est alors amené à lever une confusion.

Il convient de distinguer le délai d'un mois pour procéder au versement du capital à compter de la réception de l'ensemble des pièces, du délai pris par l'assureur pour informer le bénéficiaire de sa qualité. À ce titre, la loi n°2005-1564 du 15 décembre 2005 imposait à l'assureur d'aviser le bénéficiaire de la stipulation effectuée à son profit, si ses coordonnées étaient portées au contrat. À compter du 17 décembre 2007, une obligation de recherche et d'information du bénéficiaire de la stipulation effectuée à son profit a été mise à la charge de l'assureur. Ces obligations n'étaient assorties d'aucune sanction en cas de non-respect. En tout état de cause, aucune obligation légale n'était formalisée antérieurement à 2005.

Dès lors, aux termes de la loi, les assureurs ne se voient pas imposer le versement d'un intérêt pour avoir tardé à informer le bénéficiaire de sa qualité, à la suite du décès du souscripteur. Seul est sanctionné par l'article L.132-23-1 du Code des assurances, le dépassement du délai d'un mois pour procéder au versement du capital, à compter de la réception de l'ensemble des pièces fournies par le bénéficiaire. ●



LE MÉDIATEUR CONSIDÈRE QUE LORSQUE LE CONTRAT PRÉVOIT QU'EN CAS DE DÉCÈS DU SOUS-SCRIPTEUR, LE CAPITAL SERA VERSÉ AU(X) BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S) ET QUE LEURS COORDONNÉES Y FIGURENT, IL APPARTIENT À L'ASSUREUR INFORMÉ DU DÉCÈS, FÛT-CE ANTÉRIEUREMENT À 2005, DE LUI MENTIONNER LA STIPULATION EFFECTUÉE À SON PROFIT.

EN EFFET, EN VERTU DE L'ARTICLE 1104 NOUVEAU DU CODE CIVIL (ANCIEN ART. 1134) : « LES CONTRATS DOIVENT ÊTRE (...) EXÉCUTÉS DE BONNE FOI ».

FAMILLE, JE VOUS HAIS

La Médiation est régulièrement saisie de litiges relatifs à l'interprétation de clauses bénéficiaires, soit par des héritiers non désignés, soit par des bénéficiaires. La rédaction précise de la clause explicitant la volonté du défunt est alors essentielle.

Ces saisines conduisent à décortiquer la lettre de la clause bénéficiaire, et à apporter les explications nécessaires à sa compréhension. Dans ce type de litiges, l'intervention de la Médiation revêt alors un caractère essentiellement pédagogique.

Ainsi la notion de représentation, insérée ou non au sein de la clause, est-elle mal appréhendée. En effet, le droit des assurances ne prévoit pas de représentation automatique. Aussi, en cas de précédés d'un bénéficiaire, si aucune clause de représentation n'est insérée, le capital sera réparti entre les autres bénéficiaires éventuels de même rang ou, à défaut, les bénéficiaires de rang suivant.

Cette explication a été fournie à maintes reprises lorsque l'ayant droit d'un bénéficiaire de premier rang prédécédé considérait que la part de capital attribuée initialement à son parent devait lui revenir. Or, il convient de distinguer la clause « Madame X, à défaut mes héritiers », qui exclut toute représentation de Madame X et désigne comme bénéficiaires de second rang les héritiers du souscripteur, de la clause « Madame X, à défaut ses héritiers », introduisant la représentation de la bénéficiaire de premier rang.

De même, la Médiation a eu à connaître le cas d'une souscriptrice ayant désigné comme bénéficiaires de son contrat six personnes de même rang, nominativement désignées, « à défaut leurs héritiers ». Par suite de son décès, l'un des bénéficiaires étant prédécédé, le capital a été réparti entre les cinq bénéficiaires de premier rang, toujours vivants. Le fils du bénéficiaire décédé et son notaire ont contesté cette répartition en se prévalant de ce que la clause bénéficiaire incluait la mention « leurs héritiers ».

Le Médiateur leur a précisé que la mention « à défaut leurs héritiers », introduit bien la notion de représentation. Néanmoins, elle vise de manière générale la représentation des bénéficiaires de premier rang, devant se comprendre comme : à défaut de l'ensemble des bénéficiaires de premier rang, les bénéficiaires seront leurs héritiers.

Pour que l'interprétation tentée par le réclamant soit retenue, la clause aurait dû prévoir : « à défaut de l'un d'eux, ses héritiers », ou « Monsieur X, à défaut ses héritiers ». ●



POUR ÉVITER TOUTES DIFFICULTÉS, LE MÉDIATEUR INVITE À APPORTER LE PLUS GRAND SOIN À LA RÉDACTION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE. ELLE DOIT TRADUIRE EFFECTIVEMENT ET SANS AMBIGUÏTÉ LA VOLONTÉ DE L'ASSURÉ QUANT À L'IDENTITÉ DES BÉNÉFICIAIRES DE SON CAPITAL. EN CAS D'HOMONYMIE ENTRE LES MEMBRES D'UNE MÊME FAMILLE, LA MENTION DES DATES DE NAISSANCE SERA UTILE POUR ÉVITER TOUTE CONFUSION. CETTE ADÉQUATION INITIALE DOIT ÊTRE RÉGULIÈREMENT VÉRIFIÉE DANS LE TEMPS POUR ASSURER SA CONTINUITÉ AVEC LES ÉVOLUTIONS DE SON ENVIRONNEMENT AFFECTIF. LA PLUS GRANDE ATTENTION DOIT ÊTRE ACCORDÉE AUX TERMES EMPLOYÉS (PAR EXEMPLE, LE CONJOINT NE VISE PAS LE CONCUBIN OU LE PARTENAIRE DE PACS), ET AU BON USAGE DES TERMES GÉNÉRIQUES POUR LES SITUATIONS SUSCEPTIBLES DE CHANGEMENT.

POURQUOI FAIRE SIMPLE QUAND ON PEUT FAIRE COMPLIQUÉ

La multiplication des régimes relatifs à l'application des prélèvements sociaux, selon la nature du contrat d'assurance vie et sa date de souscription, débouche sur nombre de saisines consécutives à l'incompréhension des réclamants sur la fiscalité appliquée à leurs contrats, voire, ponctuellement, à des erreurs de calcul ou d'information de la part des assureurs.

Pour des motifs exclusivement de disette budgétaire, le législateur a prévu successivement l'assujettissement, au fil de l'eau, de la valorisation annuelle des fonds en euros au sein des contrats mono-supports en euros (dès 1996), puis au sein des contrats multi-supports (2011).

En l'absence de tout « rachat » et donc de perception d'un quelconque « produit » par l'assuré, ce prélèvement illustre une nouvelle – et toujours dommageable – distorsion entre le droit fiscal et le droit des assurances. Le caractère de principe « second » du droit fiscal n'est donc plus respecté.

L'assujettissement à la CSG des capitaux versés à l'occasion de la disparition d'une tête assurée – pour leur quote-part correspondant à des « produits », non encore soumis à la CSG – correspondait, en

2010, à une nouvelle distorsion. En effet, le bénéficiaire en cas de décès perçoit un capital, or la CSG ne porte logiquement que sur des revenus. Quant à l'assuré décédé, il ne saurait logiquement être considéré qu'il a perçu un quelconque « produit ».

Une ultime complexité est apparue en 2014, avec la tentative du législateur, « dans un esprit de simplification », d'appliquer le taux de CSG de l'année – soit le plus élevé historiquement ! – en cas de rachat de contrats multi-supports. Or, ces « produits » ont été constitués au cours des années antérieures. Dans le cadre de son opposition aux dispositions de nature rétroactive, le Conseil constitutionnel a simplement pu circonscrire cette prétention. ●



LA DIVERSITÉ DES RÈGLES APPLICABLES SELON LES DATES DE SOUSCRIPTION OU DE VERSEMENT DES PRIMES, LA NATURE DU CONTRAT – MONO-SUPPORT, EN UNITÉS DE COMPTE OU MULTI-SUPPORTS – LES MODALITÉS DE RÈGLEMENT (EN CAS DE VIE OU EN CAS DE DÉCÈS) RENDENT PROPREMENT ILLISIBLES LES MODALITÉS D'ASSUJETTISSEMENT À LA CSG DU « PLACE-MENT PRÉFÉRÉ DES FRANÇAIS ».

CE CARACTÈRE INCOMPRÉHENSIBLE CONSTITUE UN FREIN TANT À L'ACTE D'ÉPARGNE QU'À L'ACCEPTABILITÉ PAR LES ÉPARGNANTS DES NÉCESSAIRES PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES.

LE LÉGISLATEUR EST DONC INVITÉ À ARRÊTER, EN MATIÈRE D'ÉPARGNE LONGUE, DES RÈGLES SIMPLES, COHÉRENTES ET PÉRENNES DE FINANCEMENT DE LA DÉPENSE PUBLIQUE.

II. LES SUJETS RÉCURRENTS

LES SUJETS RÉCURRENTS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

LE VOYAGE DU DR KNOCK

Dans le cadre de la mise en œuvre d'une garantie annulation de voyage, en raison de l'état de santé, l'assureur oppose à l'assuré sa connaissance de l'événement l'empêchant de voyager, antérieurement à son annulation, de sorte que la garantie n'est pas due.

Les contrats définissent généralement la date du sinistre comme étant celle de survenance du fait générateur du dommage.

Parmi les cas d'annulation, l'état de santé est souvent invoqué. Le fait dommageable doit constituer un sinistre au sens de l'article L.113-2 du Code des assurances, c'est-à-dire être de nature à entraîner la garantie de l'assureur. La Cour de cassation a ainsi jugé que le sinistre est constitué dès lors que l'as-

suré a pris conscience ou connaissance des conséquences dommageables de l'événement survenu.

Ainsi convient-il de déterminer la date à laquelle l'assuré a eu connaissance que son état de santé l'empêcherait de voyager. Bien souvent, l'assuré n'en avait pas conscience avant la date d'annulation. Dans ce cas, le Médiateur considère que la demande de l'assuré est fondée. ●



LA DISTINCTION ENTRE LA DATE DE LA PREMIÈRE CONSTATATION MÉDICALE ET LA DATE DE LA CONNAISSANCE DE L'IMPOSSIBILITÉ DE VOYAGER SONT TROP SOUVENT OBJET D'UN LITIGE ENTRE L'ASSURÉ ET L'ASSUREUR. DANS L'APPRÉCIATION DU DROIT À GARANTIE, LES ASSUREURS SONT INVITÉS À MIEUX DISTINGUER LA DATE DE LA PREMIÈRE CONSTATATION MÉDICALE, DE CELLE À LAQUELLE L'ASSURÉ A PRIS CONSCIENCE DE SON IMPOSSIBILITÉ DE VOYAGER.

UNE GARANTIE PEUT EN CACHER UNE AUTRE

Dans le cadre de sinistres liés à des contrats d'assurance automobile, lorsque que les dommages ne peuvent être pris en charge au titre d'une garantie souscrite, le Médiateur invite les assureurs à vérifier si une garantie subsidiaire peut être accordée à l'assuré.

Certains contrats n'autorisent pas ce recours subsidiaire du fait de l'insertion d'une clause d'exclusion au sein de la garantie concernée.

retrouvé endommagé ou incendié, et que la garantie vol ne peut être délivrée au regard des circonstances du sinistre, le Médiateur vérifiera si l'une des garanties « dommages » ou « incendie » éventuellement

Mais si à la suite d'un vol, le véhicule assuré est souscrite peut s'appliquer. ●



LORSQU'UNE GARANTIE NE PEUT S'APPLIQUER À UN SINISTRE, L'ASSUREUR DOIT VÉRIFIER SI AUCUNE AUTRE NE PEUT ÊTRE ACCORDÉE À L'ASSURÉ.

UNE ÉLECTRONIQUE DANS TOUS SES ÉTATS

Certains contrats d'assurance automobile ne sont plus adaptés aux procédés de vol actuels, notamment au regard des dernières avancées technologiques. Il s'agit plus particulièrement du cas de l'effraction dite « électronique ».

De nombreux véhicules volés, lorsqu'ils sont retrouvés, ne comportent pas de traces d'effraction. Pour autant, la plupart des contrats d'assurance automobile continuent d'en imposer la présence pour garantir un vol, quand bien même les faits d'espèces et l'analyse de l'expert mandaté permettent de considérer qu'il s'agit d'une effraction de type « électronique ».

À cet égard, le Médiateur attire l'attention des assureurs sur le fait que les tribunaux ont rappelé à plusieurs reprises que sous couvert de définir l'effraction, l'assureur ne peut limiter la preuve du sinistre à des indices prédéterminés. En effet, en application de l'article 1353 du Code civil, cette

preuve est libre. De plus, l'article R.132-2 du Code de la consommation précise que sont présumées abusives les clauses qui ont pour effet de limiter indûment les moyens de preuve à la disposition du non-professionnel ou du consommateur.

Enfin, ce mode de preuve restrictif ne correspond plus à la réalité des techniques modernes mises en œuvre pour le vol des véhicules.

Dans ces dossiers, le Médiateur observe l'éventuelle existence de présomptions graves et précises afin de déterminer si une effraction électronique paraît avérée. Dans l'affirmative, il invite l'assureur à délivrer la garantie « vol par effraction » souscrite. ●



DE NOMBREUX CONTRATS D'ASSURANCE AUTOMOBILE SONT DEVENUS OBSOÈTES, AU REGARD DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES UTILISÉES PAR LES VOLEURS DE VÉHICULES. CES CONTRATS, IMPOSANT DES TRACES D'EFFRACTIONS MANIFESTES POUR DÉLIVRER LEUR GARANTIE, LIMITENT LES MOYENS DE PREUVE DONT DISPOSE LE CONSOMMATEUR. LE MÉDIATEUR CONSIDÈRE QUE CES CLAUSES SONT RÉPUTÉES ABUSIVES.

LES CLÉS DE LA COUVERTURE

À l'occasion de la vente d'un véhicule entre particuliers, des litiges avec les entreprises d'assurance peuvent survenir quant à la mise en œuvre de la garantie vol au sein des contrats d'assurance automobile.

Les circonstances des faits ne correspondent pas toujours à la notion de vol, définie par le Code pénal comme étant « la soustraction frauduleuse de la chose d'autrui », et souvent reprise en substance au sein des contrats d'assurance.

Lorsque la dépossession du véhicule s'est produite, alors que le propriétaire a remis volontairement ses clés à un acheteur potentiel pour procéder à un essai, il ne s'agit alors pas d'un vol au sens pénal ou contractuel du terme, mais d'un abus de confiance : « le fait par une personne de détourner, au préjudice d'autrui, des fonds, des valeurs ou un bien quelconque qui lui ont été remis et qu'elle a acceptés à charge de les rendre, de les représenter ou d'en faire un usage déterminé ». L'abus de confiance vise ainsi le détournement d'une chose, remise par son propriétaire, en vue d'une restitution.

Dans d'autres cas, le propriétaire remet son véhicule à un acheteur contre remise d'un chèque falsifié, il s'agit alors d'une escroquerie : « le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par

l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge ».

Les entreprises d'assurance sont libres de déterminer, au sein de leur contrat, les risques qu'elles entendent ou non garantir, et les conditions de mise en œuvre de leurs garanties. Les faits constitutifs du sinistre ne peuvent donc être qualifiés de vol et donner droit à garantie.

Ponctuellement, certains assureurs garantissent le « vol par ruse » mais sans définir cette notion. Le contenu de cet événement garanti est donc source d'interprétation. Dans ces conditions, et au regard des circonstances décrites du sinistre, le Médiateur pourra interpréter, de manière favorable à l'assuré, la notion de « vol par ruse », et, par suite, inviter l'assureur à lui délivrer la garantie. ●



SI LA NOTION DE « VOL PAR RUSE » N'EST PAS DÉFINIE CONTRACTUELLEMENT, ELLE S'INTERPRÉTERA DANS UN SENS FAVORABLE À L'ASSURÉ.

LE FACTEUR NE SONNE PAS TOUJOURS DEUX FOIS

La Médiation a été saisie de nombreux litiges relatifs aux contestations de résiliation à l'initiative de l'assureur, l'assuré étant alors confronté à des difficultés pour se réassurer.

L'assureur dispose, tout comme l'assuré, du droit de résilier unilatéralement le contrat, s'il estime que le risque ne répond plus à ses critères d'assurabilité, pourvu qu'il respecte les formes et délais inscrits à l'article L.113-12 du Code des assurances. Depuis 2014, le Code des assurances s'est enrichi d'un article L.113-12-1, selon lequel : « *La résiliation unilatérale du contrat d'assurance couvrant une personne physique en dehors de son activité professionnelle par l'assureur, dans les cas prévus au présent livre ou en application du premier alinéa de l'article L.113-12, doit être motivée* ». Cette obligation de motivation a pour objectif une transparence accrue dans les relations contractuelles entre assureur et assuré. Elle vise aussi à permettre à l'assuré de justifier du motif de résiliation auprès de son nouvel assureur. La loi ne précise alors pas le contenu de la motivation requise et aucune sanction n'est prévue en cas de motiva-

tion considérée comme absente ou faible.

Pour autant, cette décision de l'assureur peut avoir de lourdes conséquences, notamment en cas d'assurance obligatoire. Aussi le Médiateur invite-t-il les entreprises d'assurance à rappeler le possible recours au Bureau central de tarification.

Par ailleurs, un certain nombre de contestations portent sur le respect des conditions de forme de la résiliation, et plus particulièrement la non réception des courriers de mise en demeure et de résiliation par les assurés. L'article R.113-3 du Code des assurances énonce que « *la mise en demeure prévue au deuxième alinéa de l'article L.113-3 résulte de l'envoi d'une lettre recommandée, adressée à l'assuré, ou à la personne chargée du paiement des primes, à leur dernier domicile connu de l'assureur* ». ●



LA LOI N'EXIGE PAS QUE LES MISES EN DEMEURE ENVOYÉES EN LETTRE RECOMMANDÉE, DANS LE CADRE DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT, SOIENT ASSORTIES D'UN ACCUSÉ DE RÉCEPTION.

LES ENTREPRISES D'ASSURANCE, EN CAS DE RETOUR DE COURRIER « N'HABITE PAS À CETTE ADRESSE », SONT INVITÉES À CONSULTER LEUR DOSSIER CLIENT AFIN DE DÉTERMINER SI LA DERNIÈRE ADRESSE CONNUE A BIEN ÉTÉ RETENUE, ET À RENOUELER L'ENVOI À L'ÉVENTUELLE NOUVELLE ADRESSE COMMUNIQUÉE. EN EFFET, LES ERREURS D'ADRESSE PEUVENT AVOIR DES EFFETS NÉFASTES POUR LES ASSURÉS. DES PRÉCAUTIONS RÉPÉTÉES PERMETTRAIENT D'ÉVITER L'ABSENCE D'ASSURANCE.

AIDER N'EST PAS PLAIDER

Le contrat d'assurance de protection juridique n'a pas de vocation indemnitaire. Il n'en reste pas moins fort utile à l'assuré pour faire valoir ses droits, en cas de différend avec un tiers, tant dans une procédure amiable que judiciaire. Malgré cet objectif premier, ce contrat est source de nombreux différends.

Afin d'éviter les abus, il a été permis aux assureurs d'exclure les litiges « juridiquement insoutenables ». Par cette clause d'exclusion prévue au contrat, l'assureur peut refuser la prise en charge d'un litige, pourtant garanti au contrat, s'il démontre que le dossier est voué à l'échec (à l'exemple d'un différend avec une société ayant réalisé des travaux sans fournir de facture). Il s'agit là d'un droit d'appréciation ouvert à l'assureur quant à l'opportunité d'engager une action souhaitée par l'assuré.

Cette disposition ne saurait, pour autant, vider le contrat de son sens ou de sa substance puisque l'assureur est tenu de respecter la « clause d'arbitrage », prévue à l'article L.127-4 du Code des assurances, en offrant, en cas de désaccord vis-à-vis de sa décision, deux possibilités à l'assuré :

■ Soumettre l'appréciation du litige à une tierce personne, désignée soit d'un commun accord avec

l'assuré, soit par le président du tribunal de grande instance. Les frais de cette procédure sont à la charge de l'assureur, sauf si elle est déclarée abusive ; ■ Bénéficier de la prise en charge, *a posteriori*, des frais déboursés en cas d'engagement par le seul assuré d'une procédure judiciaire, si l'aboutissement de celle-ci lui est favorable, à hauteur du barème contractuel.

Le Médiateur invite l'assureur à avertir l'assuré, dès l'étude de sa demande, de son insoutenabilité.

En effet, toute démarche amiable de l'assureur ne peut que l'engager aux yeux de l'assuré dans la prise en charge ultérieure du dossier, tant dans un cadre amiable que judiciaire (dans la limite du seuil d'intervention), sauf à mentionner par écrit que cette intervention est réalisée à titre purement commercial et sous toutes réserves de succès. ●



L'ASSUREUR QUI APPRÉCIE UN LITIGE COMME « JURIDIQUEMENT INSOUTENABLE » DOIT EN INFORMER L'ASSURÉ, DÈS L'ÉTUDE DU DOSSIER, DE MANIÈRE CLAIRE ET PRÉCISE.

C'EST LUI QUI LE DIT

Technicien missionné, l'expert intervient en cas de sinistre afin de constater et d'évaluer les dommages.

L'expertise n'est pas obligatoire pour tous les cas, les dommages les moins importants pouvant être évalués de gré à gré entre l'assureur et l'assuré.

Pour autant, ce dispositif d'évaluation des dommages est communément employé et permet aux sociétés d'assurance de s'appuyer sur une évaluation technique afin de proposer une indemnité aux assurés.

En matière d'assurance de biens et de responsabilité, de nombreuses saisines portent sur la contestation de l'expertise diligentée dans le cadre du sinistre.

Si la saisine de la Médiation porte uniquement sur la contestation d'une expertise, elle sera infructueuse. La Médiation ne saurait, en effet, confirmer

ou infirmer les évaluations factuelles faites par des experts.

Dans ce cas, les réclamants sont orientés vers les clauses d'expertise prévues au contrat. En effet, les contrats d'assurance prévoient généralement les modalités selon lesquelles l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise, s'il conteste les conclusions de l'expert désigné par l'assureur.

Ils prévoient également le recours éventuel à un « tiers expert », chargé si nécessaire de départager les deux premiers. ●



DANS UN SOUCI D'EFFICACITÉ ET POUR UN USAGE ÉCLAIRÉ DE LA MÉDIATION, IL EST RECOMMANDÉ AUX ASSUREURS DE MIEUX INFORMER LEURS ASSURÉS SUR LA POSSIBILITÉ DE RECOURIR À UN TIERS EXPERT PERMETTANT, LA PLUPART DU TEMPS, DE METTRE FIN AU LITIGE. PAR AILLEURS, L'ATTENTION DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE EST ATTIRÉE SUR LES DÉLAIS DE MISE EN PLACE DES EXPERTISES. SI AUCUNE LOI NE FIXE DE DÉLAI D'INTERVENTION, UNE ATTENTE PROLONGÉE PEUT ÊTRE PRÉJUDICIABLE POUR LES ASSURÉS, SURTOUT LORSQUE LES DOMMAGES SONT CONSÉQUENTS.

LES SUJETS RÉCURRENTS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LA MIXTE CACHÉE

Quand l'assurance sur la vie oscille entre les textes.

L'obligation de paiement des primes ou cotisations n'a pas vocation à s'appliquer aux contrats d'assurance sur la vie. Pour autant, son défaut n'est pas sans conséquence. Encore faut-il appliquer au contrat la sanction appropriée.

Depuis la fin des années 1980, la Cour de cassation écarte, dans le cadre des contrats d'assurance vie dits mixtes (de groupe ou individuels), l'application des dispositions de l'article L.132-20 du Code des assurances visant à la mise en réduction du contrat en cas de défaut de paiement de la prime ou la résiliation du contrat, au profit de celles de

l'article L.113-3 du même Code, retenant la résiliation du contrat, en cas de défaut de paiement des primes.

Or, un contrat qui garantit, outre le risque de décès, le risque de maladie ou d'invalidité, doit être qualifié de contrat d'assurance vie mixte.

L'assureur entendant sanctionner son assuré pour non-paiement de prime ou cotisation, doit, s'il ne veut pas voir sa procédure entachée de nullité, appliquer la procédure de résiliation décrite par l'article L.113-3. ●



L'ASSUREUR DOIT ÊTRE
ATTENTIF À LA NATURE
DU CONTRAT LORSQU'IL
SOUHAITE SANCTIONNER
LE DÉFAUT DE PAIEMENT
DE PRIME DE L'ASSURÉ.

CLAP DE FIN

Pendant toute la durée de la relation d'assurance, l'assureur est tenu d'une obligation d'information et de conseil envers le souscripteur.

Cette dernière est régulièrement encadrée par le législateur. La loi Eckert du 13 juin 2014 constitue une parfaite illustration de ce mouvement. Elle impose la délivrance à l'assuré d'un relevé d'information spécifique, un mois avant le terme de son contrat, puis un an après si celui-ci n'est toujours pas réglé.

La pratique révèle néanmoins qu'une attention particulière doit être apportée, au cours de la relation d'assurance, notamment aux garanties dont le terme peut survenir nonobstant la poursuite du contrat.

Cette problématique affecte certains contrats de prévoyance qui, par exemple, offrent au souscripteur la possibilité de mettre fin à une de ses garanties au cours de la relation contractuelle. Ainsi, certains contrats permettent de résilier la garantie décès au 70^e anniversaire.

Si cette faculté est expressément stipulée dans les documents contractuels remis à l'adhésion, les souscripteurs s'étonnent de ne pas en être informés au moment de son effectivité, et ce d'autant plus lorsque leur contrat a été conclu des années auparavant.

Il en va de même en matière d'assurance emprunteur où nombre d'assurés s'étonnent de découvrir que la mobilisation de leurs garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie, ou encore incapacité temporaire et totale de travail, est conditionnée à leur âge et/ou à l'absence de mise en retraite.

Dans un souci de protection des droits de l'assuré, il s'avèrerait donc pertinent de renforcer l'information faite, non seulement lors de la souscription, mais aussi en cours de contrat, en rappelant ces dispositions lorsqu'elles deviennent effectives (par exemple *via* la mise en place d'une information rappelant la faculté de résiliation ou l'approche du terme de la garantie). ●



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSUREURS À INFORMER SPÉCIALEMENT LES ASSURÉS DE LA CESSATION DE GARANTIES À L'APPROCHE DE LEUR TERME.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS À VÉRIFIER QUE LES GARANTIES SOUSCRITES CORRESPONDENT EFFECTIVEMENT À LEURS BESOINS ET CE SUR LA TOTALITÉ DE LA DURÉE DE LEUR CONTRAT.

LIAISON DANGEREUSE

Télétransmission : la nécessité d'une diligence accrue en cas de changement de complémentaire santé.

Le système de télétransmission « Noémie » permet un échange d'informations automatisé entre les caisses d'assurance maladie et les organismes assureurs complémentaires. Il offre à l'assuré le bénéfice d'un remboursement rapide en matière de frais de santé. L'assuré n'a pas de démarches à entreprendre pour en bénéficier. L'activation du système est, en effet, effectuée par l'organisme d'assurance complémentaire.

Des difficultés peuvent survenir lorsque l'assuré change de complémentaire santé.

À cette occasion, il peut arriver que l'organisme assureur originel reste connecté au compte de l'assuré. Il y a alors coexistence de deux liaisons de nature à bloquer le système. L'assuré se voit empêché de percevoir les remboursements du nouvel assureur.

Durant cette période, il n'est pas possible, pour l'assuré, d'obtenir les décomptes des remboursements émis par la sécurité sociale auprès de son

ancien assureur car le système n'est qu'un flux d'informations dématérialisées, nullement conservées par l'organisme qui les reçoit.

Il convient donc d'attirer l'attention des assurés sur le fait qu'ils doivent, dans ce cas précis, être très diligents afin de détecter toute anomalie engendrant un défaut de prise en charge par le nouvel assureur.

En cas d'échec de remboursement constaté, l'assuré devra, pour se faire rembourser, soit se rendre sur son compte Ameli afin d'obtenir les décomptes de sécurité sociale, soit se rapprocher des professionnels de santé consultés afin d'obtenir un duplicata de ses dépenses de santé.

Inversement, afin de prévenir ces difficultés, l'assureur initial doit, dans un souci de bonne gestion, demander, dès qu'il a connaissance du changement d'assureur, la suppression de son lien Noémie avec la caisse d'assurance maladie. ●



**LE MÉDIATEUR INVITE
LES ASSUREURS À RÉALISER
LES DÉMARCHES POUR
INTERROMPRE, DANS LES
MEILLEURES CONDITIONS,
LA LIAISON "NOÉMIE" AVEC LA
CAISSE D'ASSURANCE MALADIE,
DÈS QU'ILS ONT
CONNAISSANCE DU
CHANGEMENT INITIÉ PAR
L'ASSURÉ.**

GARE À LA RENTE

Des anomalies de gestion sur les rentes peuvent entraîner de fâcheuses conséquences pour les assurés.

Les contrats collectifs d'assurance prévoyant une rente viagère revalorisable, versée à la date d'entrée en jouissance fixée lors de l'adhésion, peuvent être synonymes de difficultés pour le conjoint survivant d'un assuré décédé.

Généralement, les contrats de retraite commercialisés par les organismes d'assurance prévoient la possibilité pour le souscripteur d'opter pour la mise en place d'une rente réversible au profit de son conjoint en cas de décès.

Lors de la disparition du souscripteur, il revient au conjoint survivant de transmettre l'acte de décès aux services de gestion de l'entreprise d'assurance, afin que soit pris en compte le décès. Cette déclaration

permet à l'organisme assureur de mettre fin au versement de la rente au profit du souscripteur et de mettre en place, si l'option a été souscrite, la rente de réversion.

Or, dans nombre de cas, des anomalies de gestion – consistant à accuser réception de l'acte de décès – mais à poursuivre le versement de la rente – surviennent et pénalisent le conjoint survivant. Ce dernier se voit ultérieurement contraint de rembourser, parfois plusieurs années après, les sommes perçues indûment, alors même qu'il a respecté les dispositions contractuelles et pensait, en toute bonne foi, percevoir la rente de réversion souscrite. ●



L'ATTENTION DES ENTREPRISES D'ASSURANCE EST ATTIRÉE SUR LE CONTRÔLE DE LA GESTION DE LA RÉVERSION DES RENTES EFFECTUÉE – SOIT PAR DES SERVICES INTERNES À L'ENTREPRISE, SOIT PAR UN DÉLÉGATAIRE DE GESTION – ET CE, AFIN DE NE PAS PÉNALISER LE CONJOINT DE L'ASSURÉ DÉCÉDÉ QUI AURA RESPECTÉ LES DISPOSITIONS CONTRACTUELLES EN TRANSMETTANT LES PIÈCES NÉCESSAIRES.



5 FOIS SUR 6, LE CONJOINT SURVIVANT SERA LA VEUVE.

AVOIR LE CHOIX OU PAS

L'option fiscale offerte au détenteur du contrat d'assurance lors du rachat n'est pas toujours comprise et donc optimisée.

Un assuré sollicite un rachat (partiel ou total) de son contrat d'assurance vie par demande manuscrite sur papier libre. Il ne mentionne pas la fiscalité qu'il souhaite voir appliquée : l'assureur applique alors l'intégration à l'impôt sur le revenu, ce que l'assuré conteste par la suite.

Le Médiateur rappelle que l'article 125-0 A du Code général des impôts (CGI) prévoit la possibilité pour l'assuré d'opter pour un prélèvement forfaitaire libératoire de l'impôt sur le revenu. De jurisprudence constante, pour qu'une telle option puisse être retenue, bien que n'obéissant à aucune condition formelle, il est nécessaire que l'assuré en ait fait la demande de manière claire et explicite auprès de l'assureur.

À défaut, le régime de droit commun, à savoir l'intégration du produit du contrat à l'IRPP trouve à s'appliquer.

Il est encore rappelé que l'assureur n'est que collecteur d'impôt pour le compte de l'administration fiscale, de sorte qu'il ne peut, de son propre chef, procéder à une modification *a posteriori* de l'option fiscale.

Quant à la célérité, logiquement exigée des assureurs, pour le règlement de leurs prestations ou pour la détermination des dates de valeurs pour les contrats en unités de compte, elle semble s'opposer à des démarches auprès de l'assuré pour le voir, éventuellement, reconsidérer son option fiscale. ●



LORS DE TOUTE DEMANDE DE RACHAT, LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS À PROCÉDER À UNE COMPARAISON DE LEUR TAUX MARGINAL D'IMPOSITION ET DU TAUX DU PRÉLÈVEMENT FORFAITAIRE LIBÉRATOIRE APPLICABLE SELON L'ANCIENNETÉ DE LEUR CONTRAT.

EN L'ABSENCE D'UN CHOIX ÉCLAIRÉ, L'ASSUJETTISSEMENT DES PRODUITS PERÇUS EN DROIT COMMUN À L'IRPP S'AVÈRERA LE PLUS SOUVENT DOMMAGEABLE.

DONNER N'EST PAS ACQUIS

Le versement erroné d'un capital par l'assureur peut appeler le versement d'une indemnisation.

Un assureur verse un capital à un soi-disant bénéficiaire, avant de se rendre compte de son erreur par suite d'une homonymie. Il n'est pas rare que ce dernier sollicite l'indemnisation de son préjudice pour son bonheur fugace.

L'article 1302 nouveau du Code civil prévoit que « *tout ce qui a été reçu sans être dû est sujet à restitution* », de sorte que le réclamant est tenu à restitution.

Il est cependant admis que la répétition de l'indu peut entraîner le versement de dommages et intérêts pour le payeur à l'origine de la faute. Encore est-il nécessaire d'apporter la preuve du préjudice subi.

Naturellement, l'assureur n'est pas tenu à dommage en cas de simple annonce de versement.

À titre d'illustration, la Médiation a été saisie d'un litige dans lequel l'assureur avait versé par erreur à Monsieur X, âgé de 92 ans, le capital d'un contrat d'assurance vie. Ce dernier avait alors fait l'acquisition d'un véhicule, et réservé une croisière, avant que la restitution du capital ne lui soit réclamée.

L'assureur ayant accepté de permettre à Monsieur X de conserver les sommes dépensées (17 000 euros), sous réserve de restitution du solde, le Médiateur a considéré que cette position était satisfaisante. ●



DANS LE CADRE D'UNE ACTION EN RÉPÉTITION DE L'INDU INITIÉE PAR L'ASSUREUR, LORSQUE LA MÉDIATION EST SAISIE, L'ASSUREUR EST INVITÉ À SUSPENDRE TOUTE PROCÉDURE DE RECouvreMENT PENDANT LA DURÉE DE LA MÉDIATION.

SI CE N'EST TOI, C'EST DONC TON FRÈRE

Les modalités de commercialisation des garanties d'assurance peuvent s'avérer sources d'incompréhension pour les assurés.

De nombreuses saisines sont relatives à des réclamations visant à la fois le conseiller bancaire, intermédiaire à la souscription du contrat, et l'assureur.

Dans de tels cas, le Médiateur rappelle qu'il n'est pas compétent pour connaître de la responsabilité de l'intermédiaire bancaire et ne peut se prononcer que sur la réclamation concernant l'assureur, sauf cas exceptionnel.

Ainsi, la Médiation a été saisie d'un dossier dans lequel un assuré, âgé de 15 ans et 5 mois, souscrivait un contrat d'assurance vie, par l'intermédiaire de son conseiller bancaire. Il lui était reconnu une incapacité de 80 % ou plus.

Six ans plus tard, il sollicite la qualification de son contrat en épargne handicap, ce qui lui est refusé par l'assureur, au motif que les conditions légales de cette qualification ne sont pas remplies, à savoir : être atteint, au moment de la souscription, d'une

infirmité qui empêche l'assuré de se livrer dans des conditions normales de rentabilité à une activité professionnelle. Or, selon l'assureur, au moment de la souscription, l'assuré étant âgé de 15 ans et 5 mois, ne pouvait exercer, dans l'absolu, aucune activité professionnelle, l'âge légal du travail en France étant de 16 ans.

À l'analyse de la législation, le Médiateur ne pouvait que confirmer sa bonne interprétation par l'entreprise d'assurance. Néanmoins, le conseiller bancaire reconnaissait, de bonne foi, avoir conseillé la souscription du contrat à l'assuré, ignorant totalement l'exigence d'âge minimum au moment de la souscription.

Le Médiateur a donc conclu à un défaut de conseil de l'intermédiaire, évalué à 10 % de la valeur du contrat, et en a fait supporter la charge à la société d'assurance, compte tenu des circonstances particulières de l'espèce, et du fait qu'il s'agissait du même groupe de bancassurance. ●



IL N'EST PAS AISÉ POUR L'ASSURÉ PROFANE DE DISTINGUER SON INTERLOCUTEUR HABITUEL, CONSEILLER BANCAIRE, DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE VENANT EN GARANTIE DE SON CONTRAT. AUSSI, DANS UN SOUCI DE CLARIFICATION, IL EST RECOMMANDÉ AUX ENTREPRISES D'ASSURANCE, NÉCESSAIREMENT DISTINCTES DE LA BANQUE DONT ELLES SONT LA FILIALE, D'ÊTRE ATTENTIVES AUX LOGOS ET MENTIONS FIGURANT SUR LEURS COURRIERS POUR MIEUX ÉCLAIRER LEURS ASSURÉS.

CE QUI EST LONG EST BON

Les modalités d'attribution de la participation aux bénéfices sont définies contractuellement.

La Médiation a été saisie par des assurés qui, à la suite du rachat total de leur contrat, déplorent ne pas avoir perçu de participation aux bénéfices sur une période donnée au *prorata temporis* de l'année en cours.

Il convient de se référer aux conditions générales du contrat souscrit. Celles-ci prévoient les modalités d'attribution de la participation aux bénéfices, notamment la date de son service.

Il a ainsi pu être relevé que la participation aux bénéfices est allouée à l'ensemble des adhésions en vigueur à la date d'attribution, au 31 décembre de chaque année.

À titre d'exemple, dans ce cas, si l'assuré procède à un rachat total de son contrat en date du 28 décembre de l'année, il ne saurait percevoir de participation aux bénéfices pour cet exercice, son adhésion n'étant plus en cours au 31 décembre, date d'attribution de la participation aux bénéfices. ●



EN CAS DE VOLONTÉ DE PROCÉDER À UN RACHAT TOTAL DU CONTRAT, EN L'ABSENCE DE MOTIFS D'URGENCE, IL EST CONSEILLÉ À L'ASSURÉ DE CONSULTER LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE SON CONTRAT, ET ÉVENTUELLEMENT DE REPORTER SON RACHAT DE LA DURÉE IDOINE, S'IL EN A LA POSSIBILITÉ, AFIN DE BÉNÉFICIER ÉVENTUELLEMENT DE L'ATTRIBUTION DE LA PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES.

UN SECRET BIEN CACHÉ

L'importance des informations qui peuvent être délivrées par l'assureur dépend de la qualité du bénéficiaire à l'égard du souscripteur.

De nombreuses saisines sont émises par des ayants droit du souscripteur, non bénéficiaires, qui sollicitent la transmission du contrat souscrit, ce que l'assureur refuse, arguant du devoir de confidentialité.

La Cour de cassation a considéré que la révélation par l'assureur d'informations relatives à un contrat d'assurance pouvait être constitutive d'une faute civile engageant la responsabilité de l'assureur. Aussi, à la suite d'une réponse ministérielle « Houter » de 1981, la jurisprudence a délimité la com-

munication d'informations sur un contrat d'assurance vie aux seuls héritiers réservataires de l'assuré défunt, uniquement dans le but d'engager une action en restitution de primes manifestement exagérées (L. 132-13 al. 2 C. ass.).

Les seuls éléments pouvant être communiqués aux héritiers réservataires correspondent au nom des bénéficiaires au contrat et au montant des primes versées. ●



LE MÉDIATEUR TIENT À PRÉCISER QUE TOUTE SAISINE FORMULÉE PAR UN HÉRITIER NON-RÉSERVATAIRE, POURSUIVANT LA PERSONNALITÉ DU DÉFUNT, NE SAURAIT ABOUTIR.

DE MÊME, TOUTE SAISINE ÉMISE PAR LES HÉRITIERS RÉSERVATAIRES, PORTANT SUR DES ÉLÉMENTS AUTRES QUE CEUX PRÉCISÉS CI-CONTRE, NE SAURAIT DAVANTAGE TROUVER ÉCHO.

III. LES GRANDS PRINCIPES

TU NE MENTIRAS POINT

En cas de déclaration inexacte d'un risque, il doit être vérifié si elle répond à une question posée par l'assureur. Pour mémoire, la charge de cette preuve incombe à ce dernier. Les modalités de la déclaration du risque revêtent donc une importance essentielle.

Les assureurs procèdent encore trop rarement par questionnaires de déclaration de risque. En pratique, les assurés reçoivent des conditions particulières avec des mentions pré-rédigées, édictées sous forme déclarative. Cet usage ne permet pas de démontrer leur correspondance effective avec des questions préalablement posées lors de la souscription.

Ponctuellement, dans des dossiers automobiles, l'assureur a fourni un document constituant une formalisation du devoir de conseil, rappelant les besoins du client. Le Médiateur a alors pu estimer que la question avait effectivement été posée à l'assuré, dès lors qu'en plus dudit rappel était présente une définition de l'usage du véhicule ou, juste au-dessus de la signature de l'assuré, une nouvelle précision de ce que couvrait le contrat.

Nombre d'assurés, pour contester la fausse déclaration reprochée, font valoir que l'intermédiaire d'assurance était informé de leur situation et de l'information litigieuse. Dans ce cas, il a été retenu que la question avait bien été abordée lors de la souscription du contrat et qu'en signant les conditions particulières, sachant que le risque assuré n'était pas correct, l'assuré avait sciemment ratifié une déclaration inexacte.

Il est également régulièrement constaté des déclarations inexactes au moment de la déclaration du sinistre. Or tous les sinistres ne peuvent pas donner lieu à enquête, sauf à ôter tout caractère économique à l'assurance.

Aussi, en cas de fausse déclaration lors de la déclaration d'un sinistre, la sanction encourue est-elle particulièrement lourde : l'assuré est déchu de la garantie pour le sinistre en cause.

Il revient cependant à l'assureur de rapporter la preuve de la fausse déclaration.



EN CAS DE FAUSSE
DÉCLARATION, LA DÉCHÉANCE
NE PEUT ÊTRE OPPOSÉE
À L'ASSURÉ QU'À LA CONDITION
D'ÊTRE PRÉVUE DANS LE
CONTRAT ET SELON LA LETTRE
D'UNE CLAUSE RÉDIGÉE
« EN CARACTÈRES TRÈS
APPARENTS ».

Dans de tels litiges, le Médiateur vérifie tout d'abord l'existence effective, au sein des conditions générales, d'une clause édictant la déchéance de garantie, et sa conformité au Code des assurances.

Certains contrats ne respectent pas cette exigence. La déchéance de garantie ne saurait alors être appliquée, et ce, même en cas de fausse déclaration.

Pour les autres, le contenu de la clause de déchéance diffère selon les contrats sur la notion de fausse déclaration. Selon les contrats, le mensonge peut consister en l'utilisation de moyens frauduleux pour exagérer le dommage, d'autres sanctionnent toute fausse déclaration « sur les causes, circonstances ou conséquences du sinistre ». Et tous n'imposent pas la caractérisation de l'intention de l'assuré. ●

TU QUESTIONNERAS BIEN

Lors de la souscription du contrat, l'assuré est tenu de déclarer correctement son état de santé afin que l'assureur puisse évaluer le risque à garantir.

L'assuré doit prêter la plus grande attention à cette déclaration. En effet, en cas d'omission ou de déclaration inexacte, très logiquement, dans un souci de protection de la mutualité, la garantie souscrite sera réduite, voire supprimée. Conformément aux dispositions du Code des assurances, l'assureur appliquera la règle proportionnelle si la fausse déclaration est non-intentionnelle (article L.113-9). Il procédera à l'annulation du contrat si la fausse déclaration est intentionnelle (article L.113-8).

Au regard de la gravité des sanctions prévues par le Code des assurances en cas de fausse déclaration, il est toutefois nécessaire que les entreprises d'assurance veillent à ce que toutes les conditions de leur application soient réunies.

Dans son rapport de 2011, le Médiateur de la FFSA avait déjà souligné les dérives auxquelles conduit une mauvaise application de la possibilité d'annuler le contrat, et l'importance pour l'assureur d'appliquer la règle proportionnelle, dès lors que la mauvaise foi de l'assuré n'a pas été démontrée (p. 31). Aussi l'actuelle tendance des sociétés d'assurance à renoncer à la nullité du contrat et à recourir davantage à ce texte est-elle heureuse.

Des difficultés subsistent cependant dans l'appréciation des déclarations de l'assuré. Si l'article L.112-3 du Code des assurances réfute l'inexactitude de la déclaration lorsque le questionnaire initial est imprécis, la jurisprudence précise les exigences en matière de déclaration du risque : « *l'assureur ne peut se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent des réponses qu'il a apportées aux dites questions* ».

La sincérité des déclarations du risque s'appréciant en fonction des réponses données par le souscripteur aux seules questions qui lui sont posées, la forme de la déclaration revêt une importance primordiale. En assurance emprunteur notamment, les assureurs ont encore trop fréquemment recours à



LES ASSURÉS DOIVENT PORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION À LA DÉCLARATION DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ LORS DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT.

LA FAUSSE DÉCLARATION EN ASSURANCE DE PERSONNES

des déclarations de santé préremplies sur lesquelles l'adhérent est seulement invité à apposer sa signature. Ces déclarations ne constituent pas un véritable questionnaire. Elles ne figurent pas sur un document spécifique propre à attirer l'attention de l'adhérent. Elles ne permettent pas à ce dernier de réaliser des observations et ne l'invitent pas à remplir un questionnaire. De plus, ces déclarations sont souvent mentionnées en petits caractères. Enfin, elles s'inscrivent, trop fréquemment, au milieu de l'importante liasse des documents relatifs au prêt et sur une page invitant l'assuré à valider diverses informations ou déclarations.

L'assureur ne saurait sur la base de telles mentions opposer de fausse déclaration, tant sur le fondement de l'article L.113-8 du Code des assurances, que de l'article L.113-9. ●



LES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE
DOIVENT PRIVILÉGIER
LE RECOURS AUX
QUESTIONNAIRES DE SANTÉ.

DES PLUS SANS MOINS

Le chapitre II de la loi Eckert (n° 2014-617), applicable à compter du 1^{er} janvier 2016, relatif aux « contrats d'assurance vie non réclamés », vise à améliorer et encadrer la protection des épargnants et des bénéficiaires de contrats d'assurance vie.

En application des lois de 2005 et de 2007 relatives à la recherche des bénéficiaires, les assureurs ont désormais accès à un certain nombre d'informations, notamment *via* la consultation du Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP), ne leur permettant plus d'ignorer le décès de l'assuré, et, partant, le dénouement du contrat. Dans cette optique, des obligations nouvelles ont été mises à leur charge. Désormais, au risque d'être sanctionnée, une entreprise d'assurance est tenue d'agir avec diligence et réactivité.

■ En amont du terme du contrat, l'assureur doit notamment : consulter annuellement, pour l'ensemble de ses contrats, le fichier du RNIPP sans restriction de recherche ; informer l'assuré, un mois avant la date « fatidique » du terme, de l'arrivée de celui-ci, en le rappelant en « caractères très apparents », dans un relevé spécifique.

■ En aval, l'assureur est enfermé dans des délais stricts, tant pour solliciter la communication des pièces nécessaires au paiement du capital (15 jours à compter de la survenance du terme ou de la connaissance du décès), que pour le versement des prestations (1 mois à réception des pièces). À défaut de respect de ces exigences, il sera amené à verser des intérêts significatifs.

Dans ces circonstances, et par suite de la médiatisation de ce texte, la Médiation a été confrontée à une multiplication des saisines, faisant apparaître une méconnaissance du champ d'application de la loi Eckert. Pour mémoire, seuls les contrats d'assurance vie dont le terme ou le décès de l'assuré est intervenu postérieurement au 1^{er} janvier 2016, relèvent du présent dispositif.

Parmi les saisines, l'absence de définition dans la loi du caractère inactif ou en « déshérence » du contrat, est à l'origine de nombre de difficultés rencontrées sur cette thématique.



**LA LOI ECKERT A POUR
OBJET LA PROTECTION DES
ÉPARGNANTS, DE SORTE
QUE SON INTERPRÉTATION
NE SAURAIT ÊTRE DÉTOURNÉE
DE FAÇON À AMOINDRIR
LES DROITS DE CES DERNIERS.**

Plus particulièrement, certaines sociétés d'assurance – dans une approche extrêmement prudentielle, ou une éventuelle problématique de garantie de taux – ont fait une interprétation *stricto sensu* de l'article L.132-27-2 du Code des assurances instituant le transfert à la Caisse des dépôts et consignations (CDC), des « *sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie et des bons de capitalisation qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital (...) à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré ou de l'échéance du contrat* ».

L'application de ce texte a été sujette à discussion, en particulier, dans deux situations :

- l'une intéressant un contrat permettant à l'assuré de bénéficier d'une rente à l'occasion de la cessation de son activité professionnelle ;
- l'autre concernant un contrat d'assurance vie, dont le terme était connu dès la souscription.

EN ASSURANCE PRÉVOYANCE

Dans le premier cas, la question se posait de savoir si l'assureur avait la possibilité d'opposer l'application de l'article L.132-27-2 précité à l'assuré qui, à la retraite depuis plus de 10 ans, s'était abstenu, volontairement, au profit de la clause de contre-assurance, de liquider sa rente au titre de son contrat qui lui permet de liquider ses droits dès l'atteinte de l'âge normal de départ à la retraite.

Nul doute que la réponse devait être négative, puisque la clause offrant seulement une possibilité pour l'assuré de liquider sa rente, sous condition qu'il ait atteint l'âge de départ à la retraite, l'identification d'une « échéance » ou d'un terme mettant fin au contrat, faisait ici défaut.

Pour autant, le caractère inactif du contrat serait ultérieurement envisageable dans l'hypothèse où les bénéficiaires oublieraient de solliciter le versement du capital, à la suite du décès de l'assuré.

EN ASSURANCE VIE

Dans le second cas, sont visés les contrats d'assurance sur la vie conclus dans les années 1990, pour une durée déterminée (10 ans par exemple), dont les conditions générales laissent à l'assuré, au terme du contrat, le choix entre la conversion du capital en rente viagère, le versement du capital, ou de « laisser fructifier son épargne, sans limitation de durée ». Dans les cas soumis à la Médiation, l'assuré, ayant une parfaite connaissance de l'existence de son contrat, avait manifesté explicitement sa volonté de laisser fructifier son épargne au terme du contrat.

En octobre 2015, l'assureur adresse aux détenteurs de ces contrats un courrier les informant qu'il leur incombe d'opter pour le versement du capital ou le paiement sous forme de rente viagère, avant le 31 décembre 2015, à défaut de quoi les sommes seraient versées à la Caisse des dépôts et consignations, en « application » de la loi Eckert.

Les assurés saisissant la Médiation contestaient cette demande, rappelant que les conditions générales de leur contrat leur permettaient de laisser fructifier leur épargne sans limitation de durée, ce dont ils souhaitent pouvoir continuer à bénéficier. L'assureur considérait, quant à lui, avoir procédé à une stricte application de l'article L.132-27-2 précédemment évoqué, dont il ressort que le dépôt des sommes à la CDC doit être fait dans un délai de dix ans à compter de l'échéance du contrat. Dans cette approche, le contrat dont le versement du capital n'a pas été sollicité devait être considéré comme un contrat non réclamé.

Avant tout, il convient de distinguer deux causes relatives à l'absence de demande de versement de la prestation :

- soit l'assuré ignore ou a oublié ses droits, ce qui constitue le cas visé par la loi Eckert ;
- soit il a délibérément fait le choix de ne pas solliciter ce versement, comme tel est le cas en l'espèce.

Dans pareille situation, si l'assuré a le choix de l'inertie, c'est que cette possibilité lui a été expressément offerte par le contrat d'assurance qu'il a souscrit.

Aux termes de son exposé des motifs, le Médiateur a fait valoir qu'il est incontestable que l'objet de la présente loi est la protection des épargnants, et particulièrement des assurés titulaires de contrats d'assurance vie, voire de leurs bénéficiaires. Il a également précisé que la loi vise pour l'essentiel les contrats dits « en déshérence », dont le souscripteur/assuré, soit a disparu sans laisser d'héritiers connus et informés, soit en a oublié l'existence. Le législateur a donc clairement entendu renforcer les obligations

des établissements financiers envers leurs clients dépourvus de moyens de se manifester spontanément, de sorte qu'il ne saurait être compris, à la lecture des termes « contrats non réclamés », que ces derniers englobent les contrats dont le terme est survenu et pour lesquels l'assuré a simplement choisi de laisser « fructifier » son épargne.

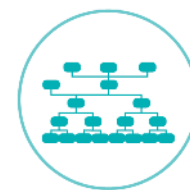
À ce titre, ce choix découle bien d'une possibilité offerte par le contrat, de sorte qu'en exerçant l'option, l'assuré a bien préservé le caractère actif de son contrat.

Le Médiateur a encore souligné qu'une lecture inverse de la loi reviendrait à amoindrir les droits des assurés dont le choix a été de laisser « fructifier » leur épargne, conformément à l'opportunité contractuellement offerte.

Naturellement, il appartiendra effectivement à l'entreprise d'assurance de s'assurer que le contrat ne tombe pas en déshérence par la suite, en rappelant les options contractuelles offertes aux assurés, tous les dix ans par exemple.

Au surplus, il est à noter que dans l'espèce précédemment développée, l'arrivée du terme n'a pas éteint le contrat. En effet, seules les prérogatives de l'assuré étaient limitées, en ce qu'il ne lui était plus loisible de procéder à de nouvelles opérations sur son contrat (arbitrages ou versements complémentaires, par exemple).

Il convient également de relever que l'option offerte à l'assuré de laisser « fructifier » son épargne, sans limitation de durée (autre que viagère, par essence), ne prévoit pas de terme, mais précise simplement que l'assuré peut récupérer son épargne à tout moment en procédant à un retrait partiel ou total. ●



MÊME EN L'ABSENCE DE DÉFINITION DES CONTRATS INACTIFS OU EN DÉSHÉRENCE AU SEIN DE LA LOI, NE PEUVENT ÊTRE CONSIDÉRÉS COMME INACTIFS LES CONTRATS PERMETTANT AUX ASSURÉS UNE OPTION AU TERME INITIAL, EXPLICITEMENT EXPRIMÉE, DE LAISSER FRUCTIFIER L'ÉPARGNE.

INFORMER POUR MIEUX ASSURER

L'obligation d'information et le devoir de conseil pèsent sur l'assureur et les intermédiaires d'assurance, mais aussi sur les souscripteurs d'un contrat d'assurance de groupe. Les manquements à ces obligations sont souvent soulevés par les assurés dans leurs saisines, à titre principal ou subsidiaire. Si les assureurs ne doivent pas négliger de communiquer les documents contractuels à leurs clients, et avoir le réflexe de formaliser leur devoir de conseil, l'attention des assurés doit néanmoins être attirée sur l'importance de prendre connaissance du contenu de leur contrat et conscience de la portée de leur signature.

Les assurés invoquent fréquemment l'absence de communication des documents contractuels pour se défendre de leur application, ou bien encore, regrettent de ne pas avoir été informés de l'absence d'une garantie dont ils auraient voulu bénéficier.

Ces problématiques se retrouvent notamment pour les contrats d'adhésion, comme les assurances de téléphonie mobile, dont l'adhésion est réalisée dans une boutique d'un opérateur mobile, en accessoire à la vente du produit mobile. Dans ce cas de figure, le devoir de conseil et d'information ne paraît pas toujours pleinement réalisé. L'assuré, dont la motivation principale est l'acquisition d'un téléphone mobile, peut ainsi adhérer à un contrat d'assurance sans en avoir conscience ou sans en appréhender l'économie. Le devoir d'information trouve d'ailleurs également une application dans la rédaction des conditions générales, à laquelle l'assureur doit être vigilant. Ainsi la Cour de cassation considère-t-elle que l'assureur manque à son devoir d'information et de conseil s'il ne reproduit pas entièrement les règles relatives à la prescription dans la police d'assurance, au risque qu'elles soient inopposables au souscripteur.

En ce qui concerne plus précisément les cas de revendication d'un contrat inadapté à la situation de l'assuré, l'assureur a intérêt à pouvoir produire la fiche de recensement des besoins du futur client, établie lors de la souscription. La production de cette fiche, encore trop peu développée, permet pourtant à l'assureur de démontrer la cohérence des garanties souscrites avec les besoins exprimés par le client, et par là même, de s'assurer une preuve du respect de son obligation.



LE DEVOIR D'INFORMATION
ET DE CONSEIL DE L'ASSUREUR
TROUVE SA LIMITE DANS
L'OBLIGATION DE L'ASSURÉ
DE PRENDRE CONNAISSANCE
DES DISPOSITIONS DE SON
CONTRAT.

Le manquement au devoir d'information et de conseil reste difficile à prouver pour l'assuré, qui se retrouve parfois victime de sa propre négligence. Il peut s'agir de doublons de garanties ou de contrats, parfois souscrits par chacun des conjoints, pour lesquels ils réclament le remboursement des primes.

Il peut s'agir également de modifications des garanties à l'occasion d'un changement de formule du contrat, dont l'assuré se défend d'avoir été informé. À la survenue d'un sinistre, ce dernier prend alors conscience que ces changements (franchise à laquelle il n'était pas soumis auparavant, perte d'un avantage commercial, etc.).

De même, les mesures de prévention intégrées aux contrats sont souvent mal vécues par les assurés, lorsqu'elles leur sont opposées dans le cadre d'un refus de garantie. Ils estiment alors qu'elles auraient dû faire l'objet d'une explication orale lors de la souscription. La notion même de devoir d'information et de conseil doit apparaître comme large et subjective aux assurés, qui tentent souvent de la mettre en défaut comme second moyen, lorsque la garantie mise en cause ne trouve pas à s'appliquer.

SIGNER N'EST PAS LIRE

Au regard de la richesse de l'offre contractuelle, tous les détails du contrat ne peuvent pas être expliqués au client lors de la souscription ou l'adhésion. Par suite, il est primordial que les assurés comprennent la portée de l'apposition de leur signature aux conditions particulières. En effet, par cette signature, l'assuré reconnaît avoir reçu et pris connaissance d'un exemplaire des conditions générales, ce qui donne un moyen de preuve à l'assureur de son devoir d'information préalable. En cours de vie du contrat, il appartient également à l'assuré de penser à informer son assureur des changements de sa situation, susceptibles de nécessiter des adaptations de garanties. L'assuré ne pourra pas utilement se prévaloir du manquement au devoir de conseil de l'assureur, relatif à une information que ce dernier ne détenait pas.

Les professionnels de l'assurance doivent donc garder à l'esprit l'importance de proposer un contrat adapté à la situation du candidat à l'assurance. Pour ce faire, l'assuré a à faire part de ses besoins de manière claire et complète, l'assureur ne pouvant proposer l'intégralité des garanties optionnelles à disposition. Cette expression des besoins de l'assuré, recueillie par l'assureur, est le préalable à la souscription d'un contrat d'assurance parfaitement adapté à sa situation. ●



L'ASSUREUR A POUR OBLIGATION DE FOURNIR LES DOCUMENTS CONTRACTUELS À L'ASSURÉ AU MOMENT DE LA SOUSCRIPTION. LA FICHE DE RECENSEMENT DES BESOINS PERMET AU PROFESSIONNEL DE S'ASSURER DE L'ADÉQUATION DES GARANTIES QU'IL PROPOSE.



L'ASSURÉ DOIT LIRE LES DOCUMENTS CONTRACTUELS ET INFORMER SON ASSUREUR DES CHANGEMENTS SUSCEPTIBLES D'AVOIR DES CONSÉQUENCES SUR L'APPLICATION DU CONTRAT.

DES INTERMÉDIAIRES DANS TOUS LEURS ÉTATS

À titre liminaire, il convient de distinguer le devoir de conseil de l'obligation d'information. En effet, alors que cette dernière consiste en un simple renseignement n'impliquant pas d'appréciation personnelle, le conseil suppose de son débiteur qu'il guide le contractant dans ses choix, oriente sa décision au regard de sa situation personnelle et le mette en garde toutes les fois que l'option envisagée comporte un risque.

L'adhésion des courtiers a conduit la Médiation à s'intéresser au devoir de conseil qui incombe aux intermédiaires.

Si le devoir de conseil des intermédiaires a été harmonisé et formalisé par la loi n°2005-1564 du 15 décembre 2005, il y préexistait néanmoins et reste aujourd'hui encore largement orienté par la jurisprudence antérieure.

En effet, la première décision notable relative aux intermédiaires a été rendue par la Cour de cassation en 1964 (*Civ. 1^{re}, 10 nov. 1964, pourvoi n°62-13411*), aboutissant à la fameuse formule selon laquelle « *Le courtier doit être un guide sûr et un conseiller expérimenté* ». Ces décisions trouvaient alors leur source dans le droit commun des contrats.

Depuis longtemps donc, le courtier est débiteur, en tant que commerçant indépendant et professionnel de l'assurance, d'une obligation de conseil et d'exacte information à l'égard de son client, de sorte qu'il lui appartient de renseigner l'assuré en s'entourant de précautions suffisantes.

S'en sont suivies de nombreuses décisions afin de déterminer les contours de ce devoir de conseil pesant sur l'intermédiaire, sans établir de certitude quant à la forme que ce devoir devait revêtir.

Aussi, si antérieurement il n'existait aucune exigence particulière quant au formalisme à adopter, l'existence de ce devoir de conseil, tant au moment de la souscription qu'en cours de vie du contrat est indéniable. Le courtier est ainsi tenu d'éclairer son client sur l'adéquation des risques couverts à sa situation

personnelle. La jurisprudence est venue préciser que la remise des conditions générales du contrat d'assurance ne suffit pas à satisfaire cette obligation.

L'objectif de la loi du 15 décembre 2005 était donc de définir le cadre de ce devoir de conseil et d'en harmoniser les contours, afin de limiter les contentieux. Ainsi l'article L.520-1 du Code des assurances prévoit-il l'obligation pour l'intermédiaire, avant la conclusion de tout contrat :

- d'une part, de donner des indications quant à la fourniture de ce contrat (notamment des précisions lorsque l'intermédiaire est tenu de travailler exclusivement avec une ou plusieurs entreprises d'assurances) ;
- d'autre part, de « préciser les exigences et les besoins du souscripteur éventuel ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni quant à un produit d'assurance déterminé. Ces précisions, qui reposent en particulier sur les éléments d'information communiqués par le souscripteur éventuel, sont adaptées à la complexité du contrat d'assurance proposé ».

Ces obligations ont été spécifiquement étendues aux contrats d'assurance vie et de capitalisation, par l'ordonnance du 30 janvier 2009. L'article L.132-27-1 du Code des assurances dispose, lorsque la commercialisation d'un contrat d'assurance vie est réalisée sans intermédiaire : « Avant la conclusion d'un contrat d'assurance individuel comportant des valeurs de rachat, d'un contrat de capitalisation, ou avant l'adhésion à un contrat mentionné à l'article L.132-5-3 ou à l'article L.441-1, l'entreprise d'assurance ou de capitalisation précise les exigences et les besoins exprimés par le souscripteur ou l'adhérent ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni quant à un contrat déterminé. Ces précisions, qui reposent en particulier sur les éléments d'information communiqués par le souscripteur ou l'adhérent concernant sa situation financière et ses objectifs de souscription, sont adaptées à la complexité du contrat d'assurance ou de capitalisation proposé. Pour l'application du premier alinéa, l'entreprise d'assurance ou de capitalisation s'enquiert auprès du souscripteur ou de l'adhérent de ses connaissances et de son expérience en matière financière. Lorsque le souscripteur ou l'adhérent ne donne pas les informations mentionnées aux premier et deuxième alinéas, l'entreprise d'assurance ou de capitalisation le met en garde préalablement à la conclusion du contrat ».

Selon l'article L.520-1 III° du même Code, il apparaît que lorsque le contrat d'assurance sur la vie est commercialisé par un intermédiaire d'assurance, ce dernier est soumis au respect des mêmes dispositions. Au surplus, il est à noter que l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) a émis une recommandation n° 2013-R-01, du 8 janvier 2013, dont il ressort : « Afin de fournir un conseil adapté au client,

l'ACP recommande, conformément aux dispositions des articles L.612-1, II 3°, et L.612-29-1 alinéa 2, du Code monétaire et financier, aux organismes d'assurance et aux intermédiaires d'assurance : (...) sur le contenu des informations (...) de s'enquérir des connaissances et de l'expérience du client en matière financière au moyen de questions : – ne recourant pas exclusivement à l'auto-évaluation par le client ; – distinguant la connaissance théorique et la détention de produits d'épargne et d'investissement ; – reposant notamment sur : l'information de la détention présente ou passée de produits d'épargne et d'investissement, leur mode de gestion (par exemple, gestion directe, gestion sous mandat, gestion conseillée), l'existence de gains réalisés ou de pertes déjà subies sur les différents produits d'épargne et d'investissement, et la réaction du client à ces gains ou à ces pertes ».

Cette recommandation relative aux contours du devoir de conseil reposant sur l'intermédiaire d'assurance, permet d'approfondir l'article L.132-27-1 dont il ressort : « Pour l'application du premier alinéa, l'entreprise d'assurance ou de capitalisation s'enquiert auprès du souscripteur ou de l'adhérent de ses connaissances et de son expérience en matière financière ».

« LE COURTIER DOIT ÊTRE UN GUIDE SÛR ET UN CONSEILLER EXPÉRIMENTÉ »

La Médiation prend en compte l'ensemble de ces éléments, lorsqu'elle est saisie d'un litige relatif au défaut de conseil de l'intermédiaire d'assurance. À ce titre, elle sollicite systématiquement auprès de ce dernier la transmission du « questionnaire connaissance client » qui a normalement été soumis à l'assuré. L'intermédiaire, dans une visée probatoire, doit donc absolument conserver les éléments permettant d'établir qu'il a satisfait à son obligation.

En effet, si la responsabilité des intermédiaires est constituée par une responsabilité pour faute prouvée, de sorte qu'il appartient à celui qui se prévaut d'un manquement à cette obligation d'apporter la preuve d'une faute commise par le débiteur de ladite obligation, il n'en demeure pas moins qu'il appartient à l'intermédiaire d'apporter la preuve du respect de l'obligation qui lui incombe.

Ainsi, le Médiateur a pu être amené à considérer que le courtier n'avait pas satisfait au devoir de conseil dont il est débiteur, dans le cas où l'assurée avait signé une demande de souscription d'un contrat d'assurance sur la vie, dont seule la première page était complétée. La seconde page comprenait quant à elle un encadré intitulé « Aide à la détermination du profil de l'investisseur », composé d'un ensemble de questions auxquelles le souscripteur potentiel était amené à répondre afin de déterminer son profil.

Dans l'espèce soumise, aucune réponse n'était apportée aux questions posées, mais il était simplement indiqué, au titre du résultat, « profil dynamique ». Le Médiateur a rappelé qu'il appartenait au courtier de préciser les exigences et besoins du client au moment de la souscription.

Or, ce n'est que deux ans plus tard qu'une « fiche patrimoniale » a été établie, dont il ressort que, à la question « *quels sont les objectifs de vos prochains investissements ?* », l'assurée a coché les cases « *acheter un bien immobilier* », et « *vous constituer un capital en partant de zéro* », ce qui ne correspondait pas avec le profil dynamique préconisé, décrit comme convenant « *aux Souscripteurs préférant une stratégie d'investissement qui combine un risque élevé avec un rendement modéré à spéculatif* » (sic).

Ainsi la société de courtage, débitrice d'un devoir de conseil, n'apportait-elle pas les éléments démontrant qu'elle s'était acquittée de ses obligations.

Dans un tel cas, pour autant, le défaut de conseil ne saurait en aucun cas être sanctionné par la nullité du contrat d'assurance. En effet, la nullité constitue une sanction lourde, qui ne saurait être étendue de manière inconsidérée. Au surplus, dans le cas présent du défaut de conseil avéré de l'intermédiaire, la nullité du contrat d'assurance vie souscrit reviendrait à pénaliser l'assureur, non débiteur de cette obligation en présence d'un intermédiaire.

Aussi, en cas de défaut de conseil, il s'agit pour le souscripteur d'une perte de chance de souscrire un contrat plus adapté à ses besoins ou à sa situation. C'est donc cette perte de chance qui est appréciée par le Médiateur. ●



LES INTERMÉDIAIRES SONT
TENUS À UN DEVOIR
DE CONSEIL MAIS ÉGALEMENT
À UNE TRAÇABILITÉ DE LA
BONNE EXÉCUTION DE CE
DEVOIR, PERMETTANT SON
APPRÉCIATION.

LE MÉDIATEUR EST DONC
VIGILANT SUR LE RESPECT
DE CETTE OBLIGATION À LA
CHARGE DES INTERMÉDIAIRES,
ET VÉRIFIE SYSTÉMATIQUEMENT
QUE LES PRODUITS ET SERVICES
PROPOSÉS ÉTAIENT ADAPTÉS
À LA MORPHOLOGIE
PATRIMONIALE DU RÉCLAMANT,
ET QU'IL EXISTE EFFECTIVEMENT
UNE TRAÇABILITÉ DE CETTE
ADÉQUATION.

TOUTE L'INDEMNITÉ, RIEN QUE L'INDEMNITÉ

Le principe indemnitaire, exposé à l'article L.121-1 du Code des assurances, gouverne le règlement des sinistres en assurances de biens. L'assuré n'obtiendra que l'indemnité de la valeur de la chose assurée, rien que l'indemnité. L'assurance ne peut mener à l'enrichissement de l'assuré.

Un facteur temporel est également à prendre en compte car la valeur de la chose assurée est celle de la chose au moment du sinistre. Par suite, il est généralement tenu compte de la vétusté du bien assuré, évaluée par l'expert, dans l'indemnisation reçue. Cet élément n'est pas toujours compris par les assurés, mais il découle bien du principe indemnitaire. Cette indemnisation peut alors conduire l'assuré à l'impossibilité de se procurer un nouveau bien.

Ce phénomène peut toutefois être contrecarré par la souscription d'une clause de type « valeur à neuf ». Cette dernière permet une indemnisation en deux temps. L'assuré reçoit dans un premier temps un règlement immédiat correspondant à la valeur à neuf du bien, déduction faite de sa vétusté, dont il peut disposer librement.

Puis, dans un second temps, et sur présentation des justificatifs de réalisation des travaux, l'assureur versera une indemnité différée, si le premier règlement n'a pas permis la reconstruction ou le remplacement du bien. Ce règlement différé doit alors y être spécifiquement affecté.

En effet, il est acquis que l'assuré dispose librement de son indemnisation, dès lors qu'elle le remet dans la situation au moment du sinistre. Il n'en ira pas de même si l'indemnisation va au-delà.

S'agissant particulièrement des biens immobiliers, l'indemnité différée sera versée à l'assuré sous certaines conditions. Elle n'est payable que sur production des justificatifs des travaux de reconstruction ou de remplacement correspondant à une valeur au moins égale à la « valeur à neuf » des dommages, dans un délai de deux ans, et ce dans l'hypothèse d'une reconstruction à l'identique ou sans grandes modifications.

Toutefois, le Médiateur a relevé dans l'étude de ces demandes que certains assureurs exigent une condition supplémentaire, en limitant l'indemnité immédiate à la valeur économique du bien au jour du sinistre. Cette limite est faite alors même que l'assuré aurait émis le souhait de reconstruire.

Dès lors, la prise en compte de la valeur économique est peu favorable à l'assuré en ce qu'elle restreint *de facto* le choix de l'assuré, qui est incité à ne pas reconstruire, faute de moyens suffisants. Néanmoins, cette limitation insérée au contrat se justifie par l'inopportunité financière de la reconstruction d'un bien dont le coût de reconstruction est significativement plus élevé que sa valeur économique. ●



LE SYSTÈME D'INDEMNISATION EN DEUX TEMPS N'EST PAS TOUJOURS CLAIR POUR L'ASSURÉ.

LE MÉDIATEUR INVITE EN CONSÉQUENCE LES ASSUREURS À AMÉLIORER L'INFORMATION DES MODALITÉS DE RÈGLEMENT DIFFÉRÉ, AUSSI BIEN LORS DE LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT QU'À L'OCCASION DE LA GESTION MÊME DU SINISTRE.

ABSENCE DE PREUVE N'EST PAS PREUVE D'ABSENCE

En vue d'obtenir la réparation de ses préjudices, par son propre assureur ou l'assureur du responsable, la victime a tout intérêt à se ménager des preuves. Toutefois, en pratique, en matière d'assurance de biens notamment, la tentation est parfois forte pour la victime de procéder aux réparations de ses dommages sans attendre l'intervention de l'assureur et de ses mandataires. Dans ces conditions, l'assuré place l'assureur dans l'impossibilité d'examiner la réalité du sinistre. Pour l'assureur, l'absence de preuve rime alors avec preuve d'absence de sinistre.

L'obligation fondamentale de l'assureur réside dans le paiement de la prestation due en cas de sinistre. Le créancier de cette obligation est le plus souvent l'assuré, en matière d'assurance de biens, ou la victime, en matière d'assurance de responsabilité.

Le sinistre est la réalisation du risque prévu au contrat, de nature à entraîner la garantie de l'assureur, sous l'obligation pour l'assuré ou le bénéficiaire, à peine de déchéance, d'en faire la déclaration à l'assureur dans un certain délai et à charge pour lui de le prouver. Le risque est l'événement dommageable dont la survenance est incertaine quant à sa réalisation ou à la date de sa réalisation.

Or, selon le Code civil, « celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver ». Il revient donc à l'assuré/victime de prouver le sinistre. En revanche, il appartient à l'assureur de justifier de l'indemnisation ou du fait qui a produit l'extinction de son obligation.

L'indemnisation de l'assuré/victime par l'assureur est donc subordonnée à la déclaration et à la preuve du sinistre, c'est-à-dire à la preuve d'un fait dommageable et garanti par le contrat.

Dans un premier temps, l'assuré devra rapporter la preuve d'un événement préjudiciable, comme un vol, une tempête, la grêle, une infiltration dans sa résidence, etc. La démonstration est à ce stade souvent aisée. L'assuré est libre de rapporter la preuve de cet événement par tous moyens, d'où l'intérêt évident de conserver tous éléments établissant un commencement de preuve.

À titre d'exemple, lors d'un dégât des eaux, l'assuré sera souvent tenté de jeter ses affaires endommagées, ou, s'il est propriétaire, de remédier au plus vite à la fuite pour ne pas indisposer son locataire voire pour ne pas contrevenir à ses obligations de bailleur.

La preuve de l'existence de ce fait n'est pour autant pas suffisante pour obtenir réparation de son dommage. L'assuré doit encore prouver :

- d'une part, que cet événement, ce fait, lui a été dommageable,
- d'autre part, qu'il entre dans le champ d'application des garanties du contrat.

Enfin, il devra démontrer un lien de causalité direct entre le risque survenu et ses dommages.

L'existence et l'ampleur des dommages subis par la victime ou les biens de l'assuré seront déterminées par les éléments rapportés. Des factures, des photographies, une estimation notariée ou de tout autre professionnel... sont autant de preuves ou de commencements de preuves qui conditionnent la reconnaissance de l'existence des dommages et leur juste évaluation et indemnisation, laquelle sera enserrée par le plafond contractuel et le principe indemnitaire.

Les dommages constatés et recensés devront être garantis par le contrat. Or, cette étape est en pratique la plus délicate pour l'assuré car il lui faut comprendre toutes les subtilités de son contrat, en prêtant une attention particulière aux exclusions indirectes qui se déduisent de ses clauses.

Il est du devoir de conseil de l'assureur d'attirer l'attention de l'assuré sur ce point pour que ce dernier prenne toutes les précautions nécessaires en vue de l'expertise à venir, dont la rapidité d'intervention aura également potentiellement un impact sur l'évolution du dommage. La justesse de l'évaluation des dommages dépendra des moyens mis en œuvre pour préserver les preuves du sinistre.

S'il est fortement recommandé d'attendre l'intervention de l'assureur avant de faire procéder à la réparation de ses dommages, l'assureur doit alerter sur la nécessité de conserver les preuves du sinistre, puisqu'elles conditionnent la mise en jeu de la garantie sollicitée, cause du contrat d'assurance pour l'assuré.

L'assureur ne devra pas non plus placer l'assuré dans l'impossibilité de rapporter la preuve de ce sinistre, car dans ce cas, même si l'absence de preuve n'est pas systématiquement une preuve d'absence de sinistre, l'assuré ne sera pas indemnisé et toutes les preuves rassemblées par lui en amont ne suffiront pas à renverser la position de refus d'indemnisation de l'assureur. ●



ASSURÉS : LES SOMMES GARANTIES NE SONT PAS OCTROYÉES DE DROIT EN CAS DE SINISTRE. VEILLES À CONSERVER, DANS UN ENDROIT SÉCURISÉ (STOCKAGE EN LIGNE, PAR EXEMPLE) LES ÉVENTUELS CONSTATS D'HUISSIERS, DOUBLES DE VOS FACTURES ET VOS ESTIMATIONS FAITES PAR DES PROFESSIONNELS. LES SEULES PHOTOGRAPHIES NE SUFFISENT PAS À OBTENIR LA JUSTE INDEMNISATION DE VOS DOMMAGES.



ASSUREURS : ALERTEZ LES ASSURÉS DÈS LA SOUSCRIPTION, EN AMONT DE TOUT SINISTRE, DE LA NÉCESSITÉ DE CONSERVER TOUS TYPES D'ÉLÉMENTS DE PREUVES, ET DE LA LEUR RAPPELER LORS DE LA SURVENANCE DU SINISTRE.

ACCIDENT OU PAS : THAT IS THE QUESTION

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

À la suite de la création des contrats garantie des accidents de la vie, un contrat socle avait été élaboré par la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) afin de définir un minimum à respecter pour bénéficier du label GAV. Ce socle prévoyait, notamment, la garantie des atteintes corporelles causées par « *des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs dus à des causes extérieures* ». Ainsi, l'accident s'oppose au fait intentionnel de la victime, mais, par l'exigence d'un événement extérieur, ne recouvre pas tous les faits non-intentionnels.

Les saisines se sont multipliées sur l'interprétation de la notion d'accident déterminant la délivrance de la garantie. Ainsi, dans son rapport pour l'année 2003, le Médiateur de la FFSA avait-il alerté les sociétés d'assurance en les invitant à la définir avec une précision accrue.

En 2006, la FFSA avait donc établi un référentiel précisant les contours de la garantie des accidents de la vie. Selon elle, l'exigence d'une cause extérieure implique un dommage « *étranger à toute pathologie ou prédisposition interne à la victime* ».

Pour autant, La Médiation reçoit toujours des réclamations illustrant une notion d'accident mal comprise par l'assuré ou interprétée restrictivement par l'assureur.

Des assurés continuent vainement de revendiquer le caractère accidentel de la maladie dont ils sont atteints afin de bénéficier de la garantie.



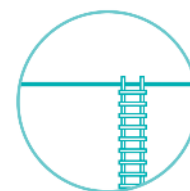
LA GARANTIE NE PEUT ÊTRE DÉLIVRÉE QUE SI LE DOMMAGE EST CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT AU SENS DU CONTRAT.

CETTE NOTION NE RECOUVRE DONC PAS TOUT LE CHAMP DES ÉVÉNEMENTS NON-INTENTIONNELS, PAR OPPOSITION AU SENS COMMUN DU TERME.

Les assurés subissant un dommage consécutif à un accident médical ou une infection nosocomiale sont tentés de demander la mise en œuvre des garanties de leur contrat, en parallèle du régime d'indemnisation des dommages causés dans le système de soin mis en place par la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le socle de garantie des contrats GAV vise effectivement les accidents médicaux. Cependant, les dommages causés par un accident médical ne sont pas nécessairement pris en charge dans les contrats couvrant les accidents corporels. En effet, l'assureur reste libre d'exclure de sa garantie ces événements dans les contrats d'assurance non labellisés GAV. De plus, en fonction de la définition du lien de causalité retenue, les dommages ne seront pas couverts lorsqu'ils sont en lien avec une pathologie antérieure qui a appelé l'intervention d'un professionnel de santé ou une hospitalisation.

À l'inverse de la vision extensive des assurés, certains assureurs maintiennent une interprétation restrictive de la notion d'accident, exigeant l'intervention d'un tiers dans la réalisation du dommage. Or, la référence à un événement extérieur vise essentiellement à écarter la prise en charge des dommages liés à une pathologie ou une prédisposition interne. Interpréter cet élément comme la nécessité d'une intervention d'un élément extérieur reviendrait à vider la garantie de son sens.

Cette interprétation est regrettable, notamment dans les contrats GAV, en ce qu'elle est contraire à son esprit et à l'idée qui se dégage de sa dénomination même. ●



L'ASSUREUR EST TENU
D'APPRECIER PRÉCISÉMENT
LA NOTION D'ACCIDENT
ET NE SAURAIT LA LIMITER
AU DOMMAGE CAUSÉ
À LA SUITE DE L'INTERVENTION
D'UN TIERS.

TROP TARD

Au regard du délai de prescription relativement court, législateur et juridictions protègent le consommateur en imposant à l'assureur certaines obligations.

La jurisprudence la plus récente a conduit les assureurs à procéder à la modification de leurs clauses de prescription. Pour la Haute Juridiction, elles ne sont opposables à l'assuré qu'à condition de mentionner, outre le délai biennal, les causes d'interruption de droit commun et celles spécifiques au droit des assurances, ainsi que les différents points de départ de la prescription.

Aussi le Médiateur vérifie-t-il avec la plus grande attention la conformité des clauses contractuelles au regard des critères jurisprudentiels fixés, lorsque la prescription est invoquée dans un dossier soumis à son appréciation. ●



LE DÉLAI DE PRESCRIPTION EN ASSURANCE EST DE DEUX ANS À COMPTER DE LA DÉCOUVERTE DU SINISTRE, SAUF CAS PARTICULIERS. LA PLUS GRANDE DILIGENCE EST DONC DE RIGUEUR POUR FAIRE VALOIR SES DROITS.



SI LE CONTRAT D'ASSURANCE NE MENTIONNE PAS EXPRESSÉMENT LE DÉLAI BIENNAL, LES CAUSES D'INTERRUPTION ET POINTS DE DÉPART DE LA PRESCRIPTION, CETTE DERNIÈRE EST INOPPOSABLE À L'ASSURÉ.

IV. LA MÉDIATION EN QUELQUES CHIFFRES

LES SAISINES REÇUES EN 2016

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2016, 14 803 saisines ont été reçues par la Médiation.

Dans un environnement de difficultés économiques persistantes, ce chiffre est en augmentation de plus de 53 %.

Cette croissance découle d'une information accrue des assurés :

- par les assureurs dans les documents contractuels et courriers ;
- grâce à une meilleure visibilité de La Médiation de l'Assurance dans la presse et sur le site internet. ●

Entre le 1^{er} janvier
et le 31 décembre 2015

9 660

saisines ont été reçues
par La Médiation
de l'Assurance

+53%

d'augmentation
par rapport à 2015

Entre le 1^{er} janvier
et le 31 décembre 2016

14 803

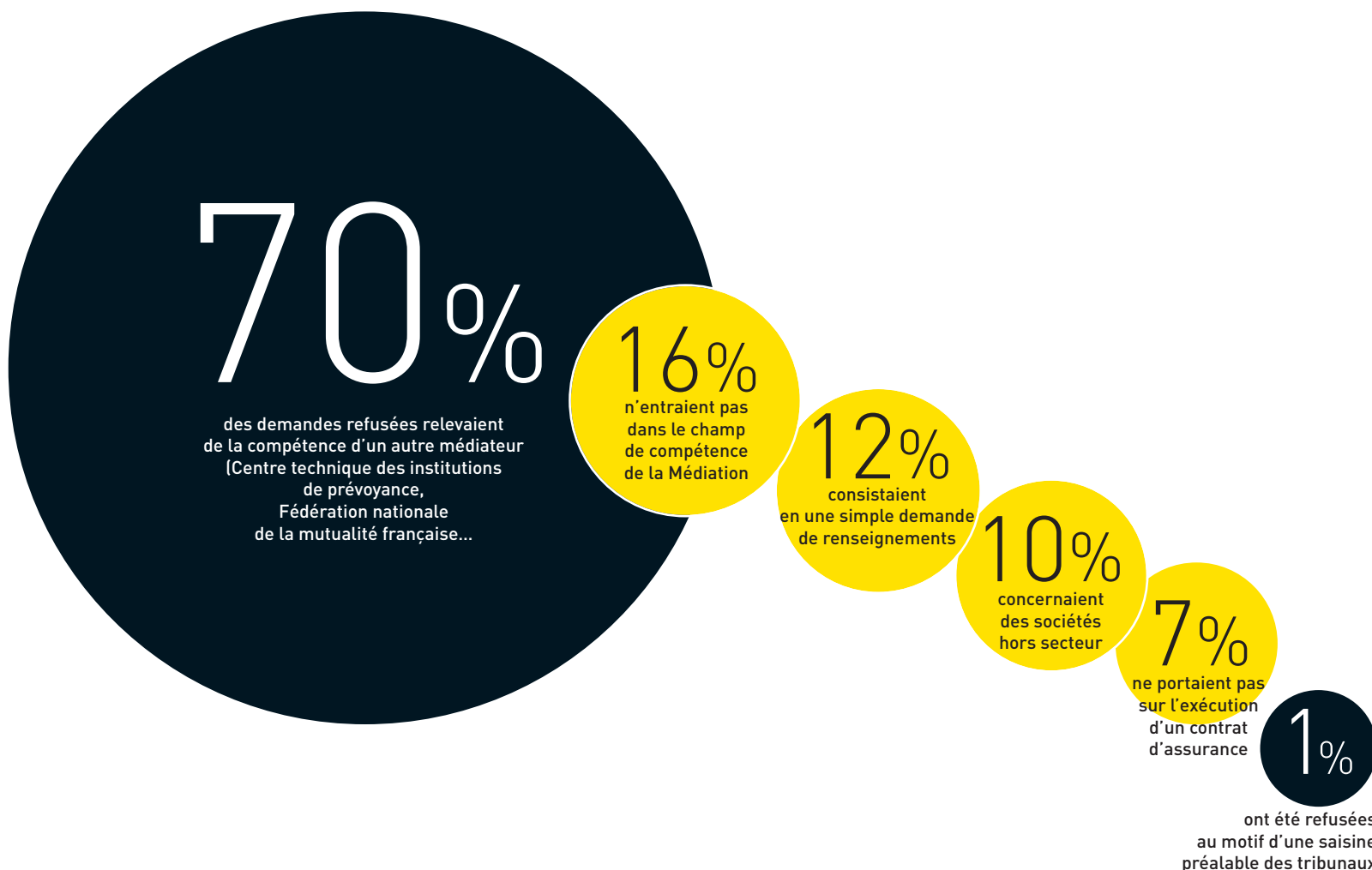
saisines ont été reçues par
La Médiation de l'Assurance

LES SAISINES REJETÉES ET LES MOTIFS DE REJET

Parmi les saisines reçues par la Médiation en 2016 :

- 56 % des réclamants ont été accompagnés par les services de la Médiation dans le cadre de leur saisine.
- 28 % des demandes étaient prématurées, le consommateur n'ayant pas, préalablement à la saisine du Médiateur, contacté les services de réclamation de son assureur.
- 16 % étaient rejetées car n'entraient pas dans le champ de compétence de la Médiation.

Les motifs de rejet : Il n'est pas toujours aisé pour un consommateur de déterminer, dans une chaîne de distribution de contrat, l'interlocuteur apte à répondre à sa demande, parmi la variété des interlocuteurs en matière d'assurance entre le distributeur, le courtier gestionnaire, la société d'assistance, la banque... Cette erreur de destinataire constitue la cause majeure des saisines rejetées. ●



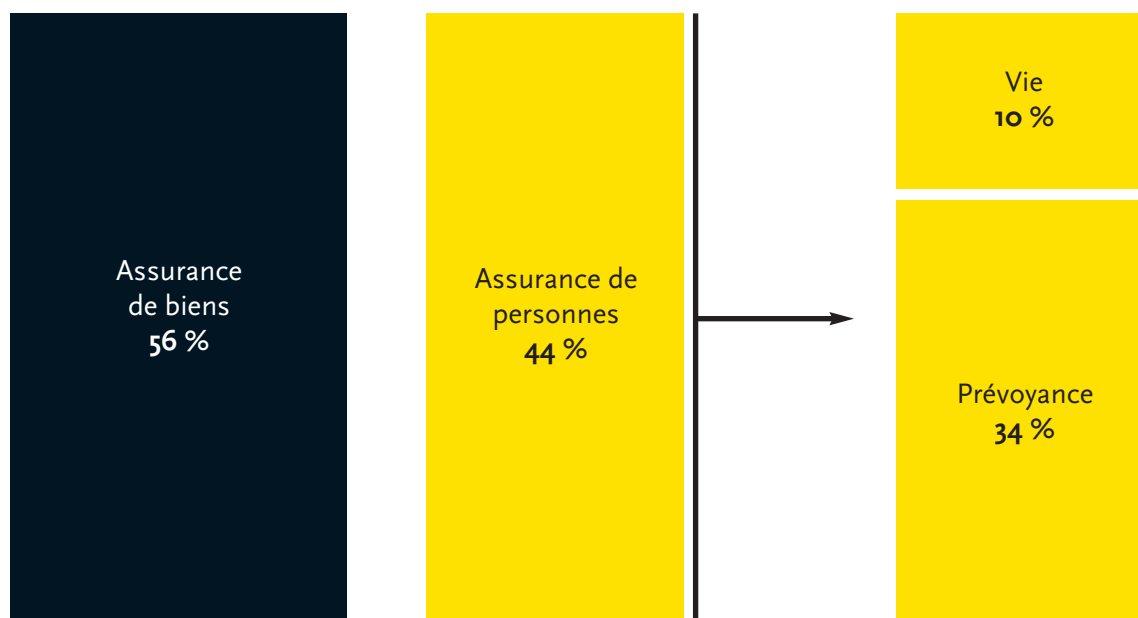
LA RÉPARTITION DES SAISINES SOUMISES À LA MÉDIATION

La répartition des saisines reflète l'activité des différentes branches de l'Industrie.

Les assurances de biens et responsabilité sont toujours une source majoritaire de litiges.

Parmi les assurances de personnes, les litiges de prévoyance sont les plus nombreux, représentant 34 % de l'ensemble des litiges enregistrés.

Enfin, 10 % des dossiers concernaient la partie épargne et capitalisation du secteur. ●

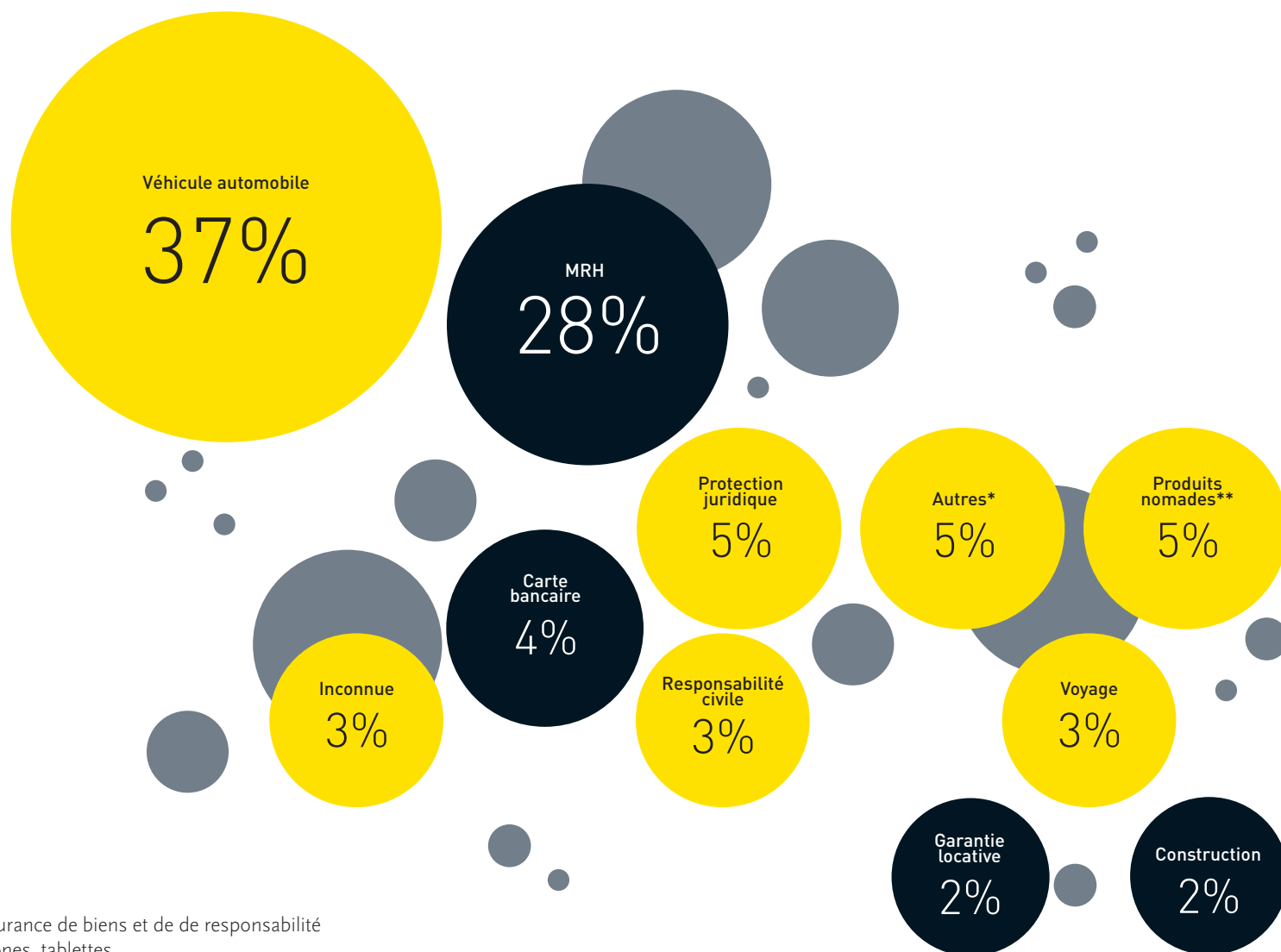


LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

La part des dossiers liés à l'assurance automobile représente 37 % des dossiers.

Les contestations portent majoritairement sur l'évaluation des responsabilités et des dommages.

Les litiges relatifs aux contrats habitation concernent essentiellement l'étendue des garanties. ●



* Pôle assurance de biens et de de responsabilité

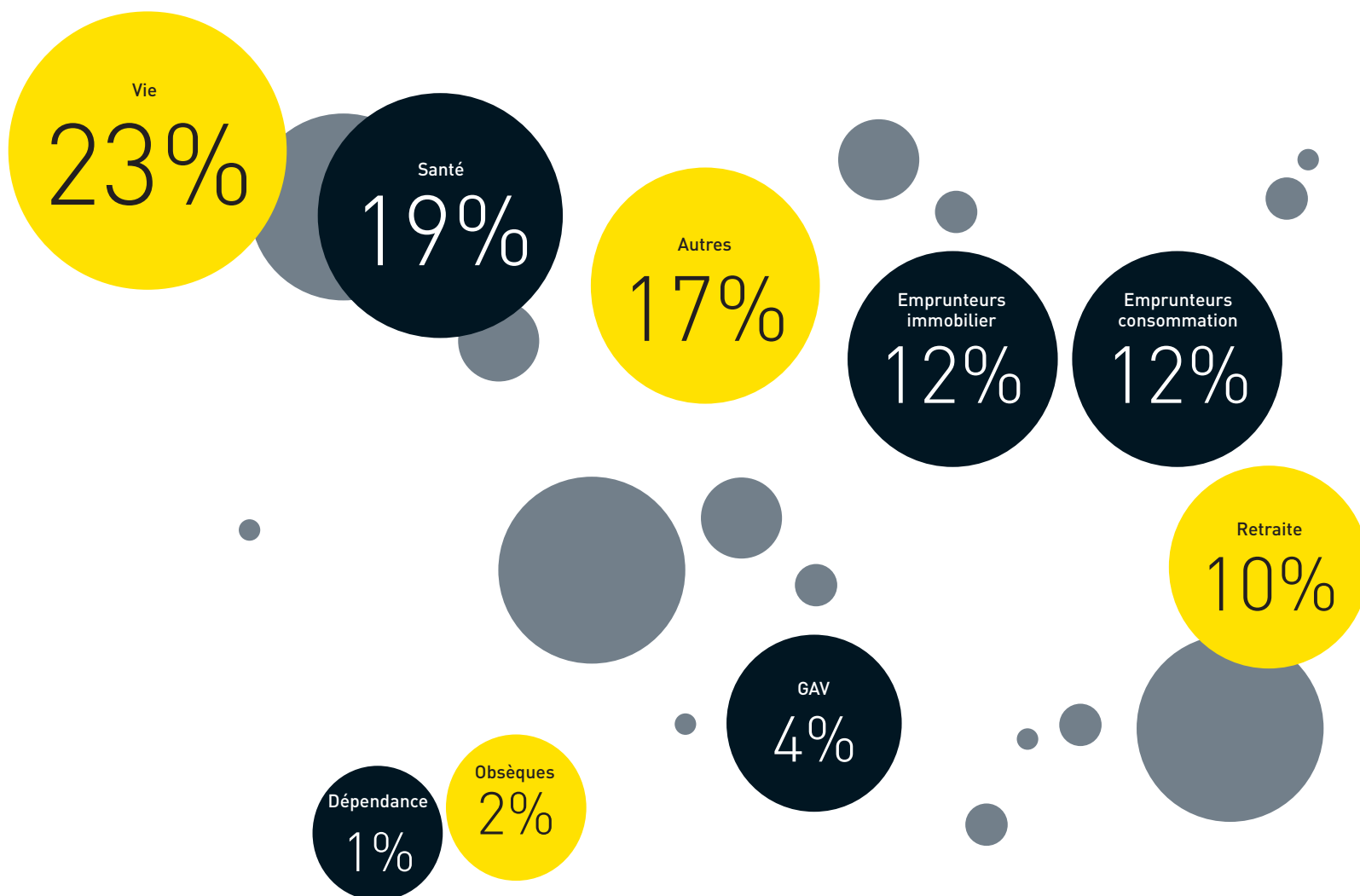
** Téléphones, tablettes

LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

Les contestations liées aux contrats d'assurance sur la vie représentent à eux seuls 23 % des litiges.

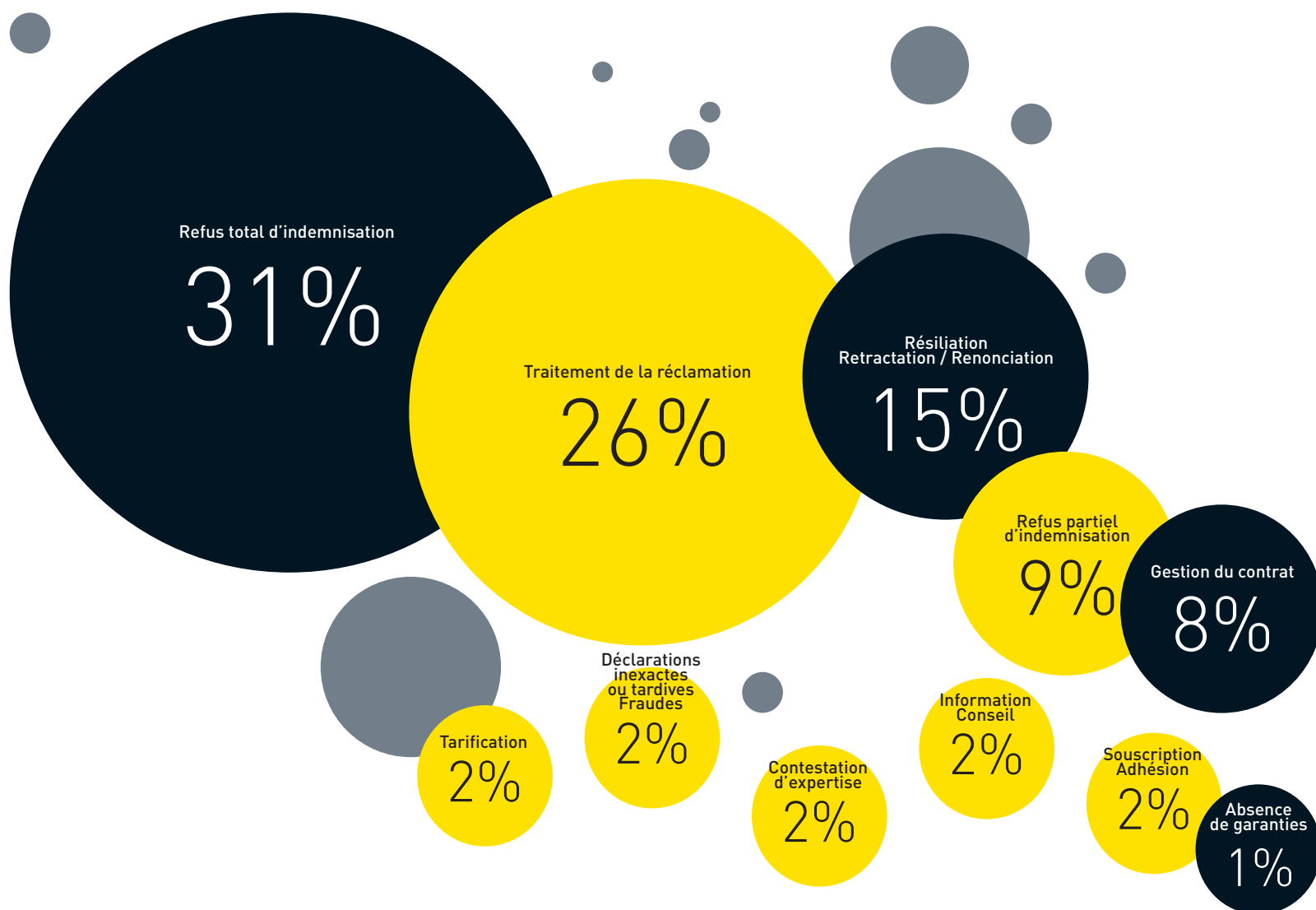
Les assurances emprunteurs (consommateur et immobilier) restent la source principale des litiges en assurance prévoyance.

Le nombre important de contestations sur les contrats santé reflètent clairement la situation économique. ●



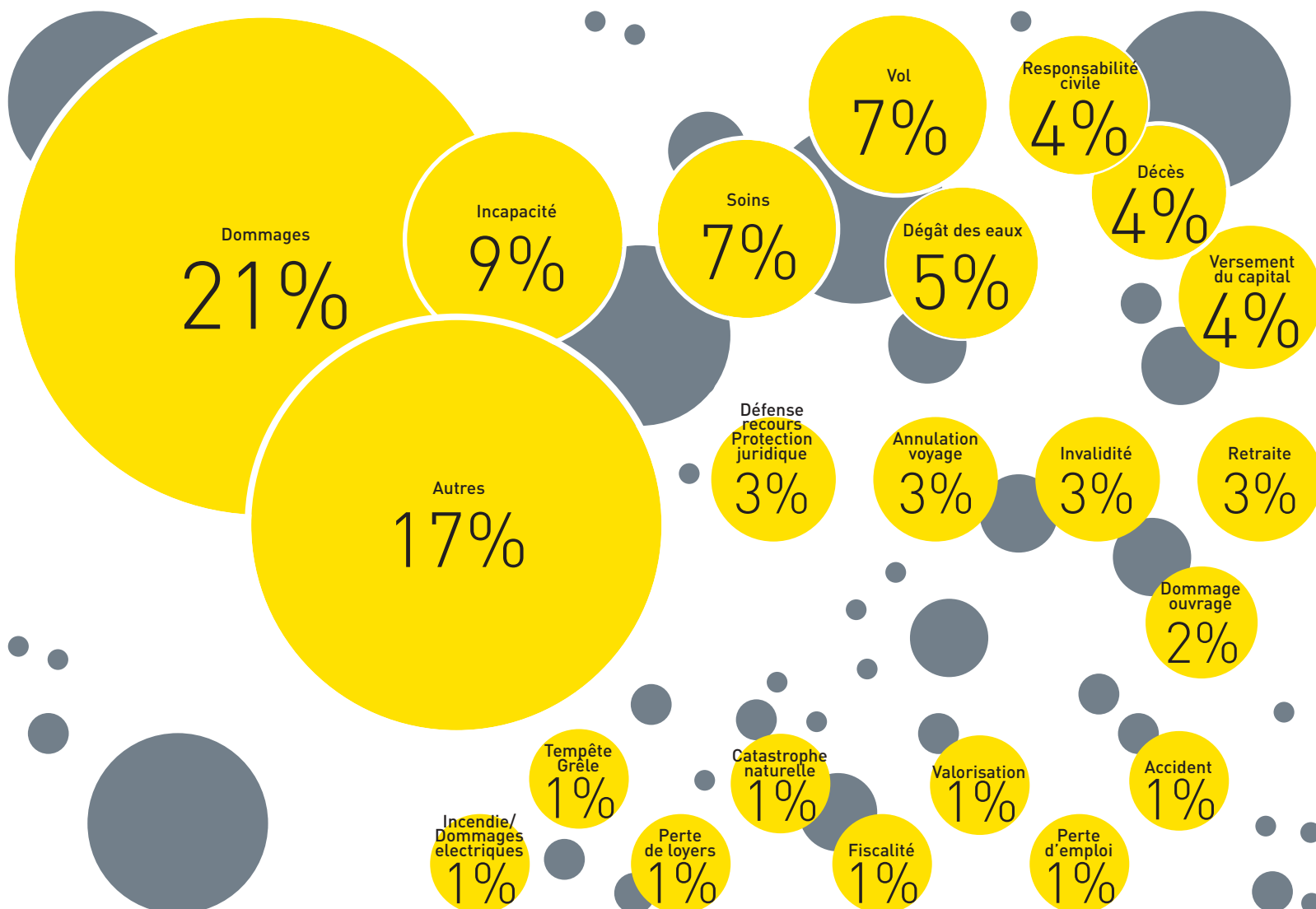
LES MOTIFS DES LITIGES

Le plus souvent, un litige naît à la suite d'un refus de garantie ou d'un mauvais suivi, réel ou ressenti, de la réclamation par l'entreprise. Les litiges consécutifs à une demande de résiliation restent encore également nombreux. ●



LES GARANTIES SOLLICITÉES

En raison de la grande variété des litiges soumis à la Médiation, l'ensemble des garanties existant est potentiellement source de litige. ●



LES RÉSULTATS DE LA MÉDIATION : LES AVIS

La formalisation d'un avis intervient en l'absence de solution lors de la phase d'instruction du dossier. La proportion des saisines persistant jusqu'à l'avis s'élève à 8 %. La part des avis favorables est stable. Un avis défavorable au requérant est le signe d'un traitement de qualité de la réclamation par l'entreprise, en amont de la saisine de la Médiation.

Au contraire, une augmentation du nombre des avis favorables aux assurés serait le signe d'une dégradation de la qualité du traitement des réclamations au sein des entreprises. Aussi l'évolution de cet indicateur fait-elle l'objet d'une attention particulière. ●



28%

des avis du Médiateur favorables
ou partiellement favorables
au réclamant

72%

des avis ont confirmé
la position de l'assureur

L'assuré est libre tout au long de la procédure d'abandonner la procédure de médiation. En pratique, 7 % des assurés ont abandonné au cours de la procédure. La procédure de médiation se doit d'être rapide. Le délai prévu par la Charte de la Médiation est de 3 mois à compter de l'envoi par l'assuré des pièces fondant sa saisine, conformément à la directive européenne sur le règlement extrajudiciaire des litiges de la consommation. La forte augmentation du nombre des dossiers en 2016 (+ 53 %) et leur complexification ont une incidence mécanique sur la durée de traitement. Pour les saisines reçues en 2016, les avis rendus en 2016 l'ont été dans un délai de 3 mois et demi.

LES RÉSULTATS DE LA MÉDIATION : POURCENTAGE DES MÉDIATIONS EXÉCUTÉES

Selon l'article 9 de la Charte de la Médiation, les parties sont libres de suivre ou non l'avis du Médiateur.

La profession a souhaité laisser cette liberté aux parties. Le pourcentage très important d'avis acceptés par les parties et en premier lieu par les entreprises illustrent la qualité des avis formulés. L'illustration de cette qualité est le pourcentage d'avis suivis, mais mieux encore, les courriers d'assurés, remerciant des explications apportées, alors même que l'avis ne leur était pas favorable.

Pour préserver cette proportion, il est crucial d'apporter l'ensemble des explications nécessaires visant à faire comprendre la position prise. Dans seulement deux cas recensés, le réclamant a souhaité poursuivre la procédure devant les tribunaux. ●



99%

des avis ont été suivis
par les parties.

V. L'INTERNATIONAL

LA MÉDIATION AU NIVEAU INTERNATIONAL

La confiance des consommateurs dans les prestataires de services financiers est une condition fondamentale de la stabilité financière et du développement économique. Cette confiance repose notamment sur la protection des consommateurs. Ils doivent pouvoir accéder facilement à des mécanismes simples et efficaces pour résoudre les éventuels litiges. C'est pourquoi les grandes organisations internationales, au niveau global et au niveau européen, affirment constamment leur volonté de développer les modes alternatifs de règlement des conflits dans le secteur financier. Elles sont suivies dans de nombreux pays où les initiatives gouvernementales se multiplient en ce sens. La Médiation de l'Assurance française, depuis de nombreuses années, participe activement à ce mouvement à la fois au niveau européen et au niveau mondial.

DANS LE CADRE DE L'UNION EUROPÉENNE

La Médiation est membre du réseau européen FIN-NET des médiateurs financiers. Depuis l'origine, en 2001, elle est représentée au comité directeur. Le réseau regroupe aujourd'hui 58 membres représentant 25 pays, tous liés par un protocole d'accord qui permet de résoudre les litiges financiers transfrontaliers survenant entre ressortissants de l'Espace économique européen. Plus de 12 000 litiges ont été ainsi réglés depuis sa création.

Les réunions régulières permettent outre le renforcement des liens entre les membres, d'échanger informations et expériences qui contribuent aux initiatives de la Commission européenne pour promouvoir la médiation. À cet égard, on doit noter que FIN-NET est régulièrement cité comme l'exemple à suivre dans le domaine de la médiation de la consommation.

La Médiation est également présente auprès du Centre européen franco-allemand des consommateurs de Kehl. Ce centre, membre du réseau EEC-Net, joue un rôle très important en faveur de l'information des consommateurs et du développement de la médiation.



Réseau pour la Résolution des Litiges Financiers

AU NIVEAU MONDIAL

Le réseau international de médiateurs financiers INFO (*International Network of Financial services Ombudsman schemes*) a été créé en 2007 à l'initiative d'ombudsman/médiateurs anglo-saxons avec l'adhésion immédiate de la France qui a siégé au comité directeur pendant plusieurs mandats. Il comprend aujourd'hui 58 membres répartis dans 37 pays et tous les continents sont représentés.

Le but principal d'INFO est de développer la compétence et l'expertise de ses adhérents au travers de l'échange d'informations et d'expériences. Priorité est donnée aux thèmes universels comme les codes de conduite, les modes de gestion des réclamations, les relations avec les autorités, la formation permanente, le développement de la médiation financière dans le monde, etc.

Le réseau permet aussi de traiter et résoudre de nombreux litiges transfrontaliers grâce à la collaboration entre ses membres.

INFO a publié une liste de principes fondamentaux à respecter sur une base volontaire et pour chacun desquels un guide pratique de mise en application a été élaboré. Un second guide pratique destiné à faciliter la création et la mise en place de nouvelles entités, co-rédigé par le représentant de la Médiation, va être prochainement publié. ●



VI. LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC

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

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.

1. VALEURS DU MÉDIATEUR DU CLUB

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

L'INDÉPENDANCE Le médiateur est indépendant vis-à-vis de toute influence extérieure. Il ne reçoit aucune directive de quiconque. Son indépendance est garantie par les moyens dont il dispose, sa désignation, les conditions d'exercice et la durée de son mandat.

Il s'engage à refuser, suspendre ou interrompre la médiation si les conditions de cette indépendance ne lui paraissent pas ou plus réunies.

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

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

II. 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. ●



VII. ANNEXES

CHARTRE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

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 assuré à un assureur ou un intermédiaire portant sur l'application ou l'interprétation du contrat souscrit.

Les entreprises d'assurance membres de la FFA sont tenues d'adhérer à ce dispositif.

La Médiation de l'Assurance peut intervenir par accords particuliers passés pour des périodes minimales reconductibles de trois ans entre l'association :

- et les entreprises d'assurance membres de la FFA qui le souhaitent :
 - dans les litiges entre les assureurs et un tiers bénéficiaire d'une garantie ou d'une prestation d'assurance ;
 - dans les litiges portant sur une assurance professionnelle à l'exclusion des grands risques au sens du Code des assurances ;
- et des entreprises d'assurance non membres de la FFA qui opèrent sur le marché français en liberté d'établissement ou en libre prestation de service, dès lors que ces entreprises s'engagent à respecter la charte de la médiation ;
- et les organisations professionnelles représentatives d'intermédiaires d'assurance qui adhéreraient pour le compte de leurs adhérents et des intermédiaires d'assurance qui adhéreraient à titre personnel.

L'association facilite l'accès des assurés à la Médiation en mettant à leur disposition un site Internet qui fournit un accès à la liste des entreprises d'assurance adhérentes au dispositif et aux accords particuliers ; il permet également de saisir en ligne une demande de médiation.

Le dispositif de La Médiation de l'Assurance est défini par les 10 règles suivantes :

- 1/ Le Médiateur de l'Assurance exerce sa mission en toute indépendance et dispose des concours, moyens et pouvoirs nécessaires à l'exercice de sa mission.
- 2/ Le recours au Médiateur est gratuit pour le consommateur. La procédure de médiation est une procédure écrite et confidentielle.
- 3/ La saisine du Médiateur de l'Assurance suspend le délai légal de prescription.
- 4/ Le Médiateur de l'Assurance peut être saisi si :
 - l'assuré justifie avoir tenté au préalable de résoudre son litige directement auprès de son assureur par une réclamation écrite, selon les modalités prévues le cas échéant dans son contrat ;
 - aucune action n'a été ou n'est engagée ; il doit se dessaisir si une action judiciaire a été intentée au cours de l'instruction du dossier. En cas de demande manifestement infondée ou abusive, le Médiateur de l'Assurance est libre de se dessaisir et en informe les parties.
- 5/ En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré au sujet des mesures à prendre pour régler un différend, le Médiateur de l'Assurance peut être saisi, par accord écrit de la société d'assurance et de l'assuré, en tant que tierce personne au titre de l'article L.127-4 du Code des assurances. Le Médiateur est notamment compétent en matière de litige sur les cas et conditions de résiliation prévus par le Code des assurances, mais ne peut être saisi de l'appréciation de l'opportunité d'une résiliation. Lorsqu'une action en justice a été intentée par le, pour le, ou au nom de l'assuré dans le cadre d'une clause de défense-recours ou d'une assurance de protection juridique, le Médiateur n'est pas compétent pour examiner si le procès a été bien mené ou si une voie de recours judiciaire mérite d'être exercée.

- 6/ Les entreprises et intermédiaires d'assurance disposent d'un délai maximum de cinq semaines pour répondre aux demandes d'informations ou de documents émanant du Médiateur de l'Assurance.
- 7/ Après réception du dossier complet, le Médiateur de l'Assurance rend un avis motivé dans les quatre-vingt-dix jours au vu des pièces qui lui ont été communiquées. Dans les cas exceptionnels où ce délai se révèle insuffisant, il en informe, de façon motivée, les deux parties.
- 8/ Dans tout avis rendu par le Médiateur de l'Assurance, il est précisé qu'il a été établi en considération d'éléments de droit ou d'équité, mais aussi dans un souci de règlement amiable. Les parties sont informées que l'avis rendu peut être différent de la décision d'un tribunal appliquant les dispositions légales.
- 9/ L'avis ne lie pas les parties. Le Médiateur de l'Assurance informe les assurés qu'ils conservent le droit de saisir les tribunaux. La décision de ne pas suivre l'avis du Médiateur doit obligatoirement être portée à sa connaissance, par un courrier émanant de la direction générale de l'entreprise.
- 10/ Le Médiateur de l'Assurance publie un rapport annuel qui rend compte de son activité. Ce rapport est disponible sur le site Internet de l'association de La Médiation de l'Assurance et celui des organisations professionnelles adhérentes.

Source : Association La Médiation de l'Assurance - Juin 2016

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.

ARTICLES DE PRESSE :

- **« Médiation de l'Assurance »**
Les Échos Patrimoine, 22-23 janvier 2016.
- **« La Médiation plutôt que les tribunaux »**
Paris Match, 24-30 mars 2016.
- **« Les charmes discrets de La Médiation de l'Assurance »**
Revue générale du droit des assurances, n°10, octobre 2016, p. 466.
- **« Ce que les médiateurs peuvent faire pour vous en cas de litige »**
Les Échos Patrimoine, 9-10 décembre 2016.
- **« La Médiation de l'Assurance »**
Gazette du Palais, n°18, mai 2017, p. 56.

SCHÉMA DE SAISINE



Formulaire de saisine en ligne :

mediation-assurance.org/Saisir+le+mediateur

ou par courrier :

La Médiation de l'Assurance, TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09

Pour faciliter la prise en charge de votre demande, votre dossier doit comprendre :

- Les coordonnées de la personne concernée,
- Le nom de l'entreprise,
- Un résumé du différend,
- L'éventuelle réponse de l'entreprise,
- Les documents sur lesquels est fondée votre demande.

ADRESSES UTILES

■ La Médiation de l'Assurance :

mediation-assurance.org

■ Centre européen de la consommation :

europe-consommateurs.eu

■ Fédération française des assurances (FFA) :

ffa-assurance.fr

■ Chambre syndicale des Courtiers d'assurances (CSCA) :

csca.fr

■ Anacofi :

anacofi.asso.fr

■ Comité consultatif du secteur financier :

banque-france.fr/ccsf/fr/index.htm

■ Institut national de la consommation :

conso.net

■ Commission d'évaluation et de contrôle de la médiation de la consommation :

economie.gouv.fr/mediation-conso/commission

■ Autorité de contrôle et de régulation prudentiel :

acpr.banque-france.fr

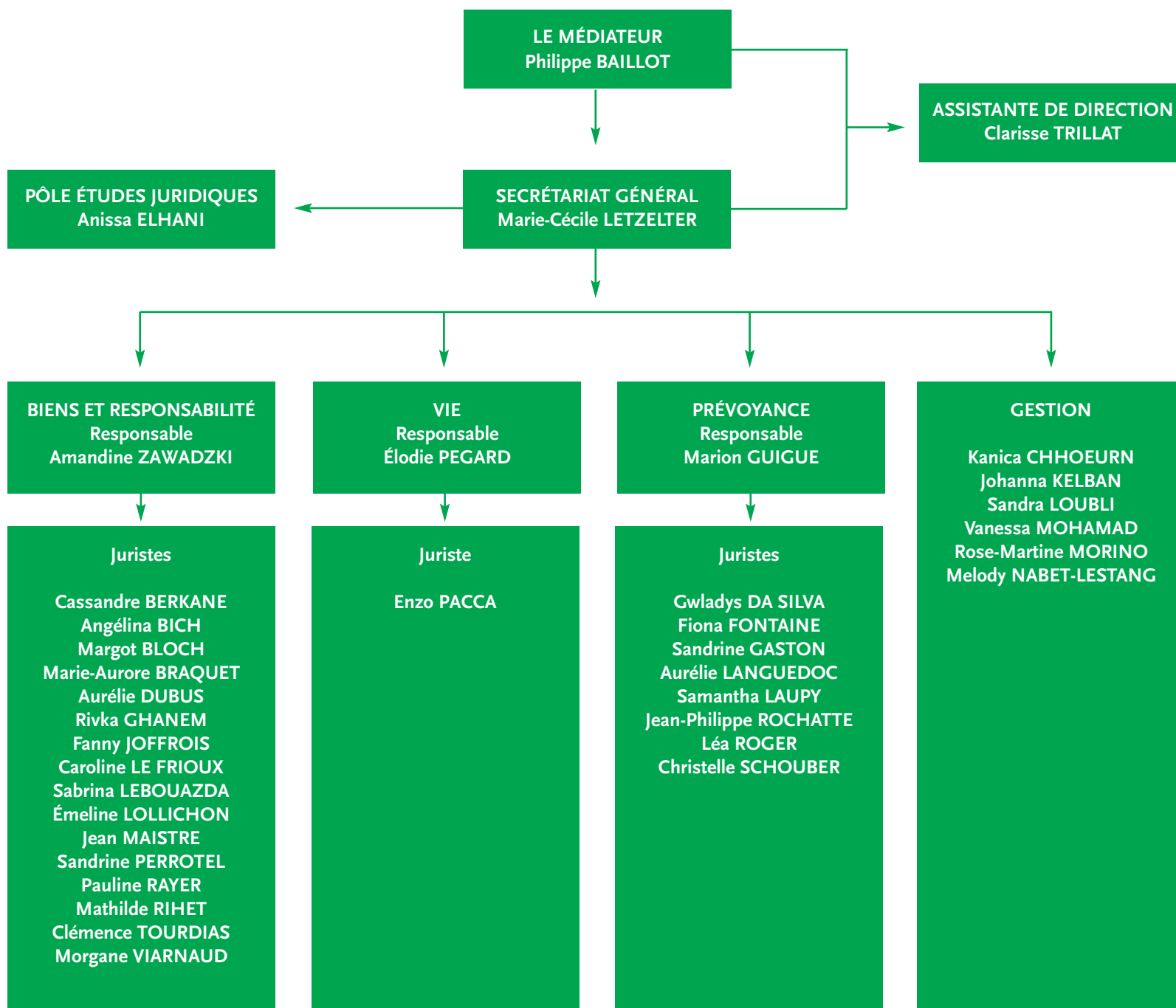
■ Fin-Net :

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

■ International Network of Financial services Ombudsman schemes :

networkfso.org

ORGANIGRAMME DE LMA



VIII. INDEX

A

Abus de confiance	26
Accident	71
Alcoolémie	17
	22
Annulation voyage	23
Assurances affinitaires	15
Assurances emprunteur	24
	42
Assurances locatives	14
Assurances mixtes	23
Assuré	13
Automobile	16

B

Banque	47
Bénéficiaires	23
	27
	28
	46
	49
	56
Bonne foi	54
Bonus-malus	18

C

Capital décès	27
	56
Cotisation	24
CSG	29

D

Devoir de conseil	47
	60
	62
	65
Discrimination	24
	26

E

Effraction	19
	35
Escroquerie	36
Exclusion	15
	17
	22
Expertise	16
	39
	61

F

Fausse déclaration	52
	53
Fin de garantie	42

G

GAV	70
-----	----

H

Héritiers réservataires	49
-------------------------	----

I

Incendie	34
Indemnisation	68
Intermédiaires	62

L

Loi Eckert	42
	56

M

Mise en réduction	41
-------------------	----

N

Nullité	52
---------	----

O

Obligation d'information	42
	60
	62
Option fiscale	45
Oxydation	153

P

Panne mécanique	16
Participation aux bénéfices	48
PERP	25
Préjudice	14
Prescription	72
Preuve	19
	35
	68
Principe indemnitaire	66
Protection juridique	38

Q

Questionnaire de santé	54
------------------------	----

R

Rachat	25
--------	----

	29
	45
	48
Répétition de l'indu	46
Résiliation	20
	36
	41
Rente	26
	44
Ruse	36
S	
Santé	43
T	
Table de mortalité	26
Taxes sociales	29
V	
Valeur à neuf	66
Versement du capital	23
	27
	46
	56
Vol	19
	34
	35
	36
Voyage	13
	15
	33

La Médiation de l'Assurance éditeur – Juin 2017
Conception graphique et réalisation : castel1.com
Portrait p.7 : Erik Lassalle – Pictos : NIKITA® – Secrétariat de rédaction : Balsamo
Imprimé en France – Imprim'vert – PEFC™ 10-31-1240 – RCS Paris B380620112



TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

www.mediation-assurance.org



