



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2017





RAPPORT D'ACTIVITÉ 2017

| | | | |
|---|------|--|-------|
| ■ AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT | p.5 | ■ 3. LES SUJETS RÉCURRENTS | |
| ■ LE MOT DU MÉDIATEUR | p.7 | ■ 3.A/ EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ | |
| ■ LES T.O.C. DU MÉDIATEUR | p.19 | 1) Et plus si affinitaires, le retour | p.59 |
| ■ 1. QUELQUES FONDAMENTAUX | | 2) La preuve impossible | p.60 |
| Aux portes de la fortune, l'infortune ! | p.26 | 3) Arrête-moi si tu peux | p.61 |
| Une très chère contribution... | p.30 | 4) L'ombre d'un doute | p.62 |
| C'est pas ma faute | p.32 | 5) Un dommage très recherché | p.63 |
| Donner (sa parole) c'est donner | p.34 | 6) Exclure n'est pas jouer | p.64 |
| À votre bon cœur m'sieur l'assureur ! | p.35 | 7) Résilier n'est pas pénaliser | p.65 |
| ■ 2. LES SUJETS ÉMERGENTS EN 2017 | | ■ 3.B/ EN ASSURANCE DE PERSONNES | |
| ■ 2.A/ EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ | | 1) Le Petit Poucet | p.67 |
| 1) Un litige peut en cacher un autre | p.39 | 2) Mieux vaut prévenir que guérir | p.68 |
| 2) Vol de nuit | p.40 | 3) Un pour le prix de trois ! | p.69 |
| 3) Le « développé-couché » | p.41 | 4) Du bonneteau | p.70 |
| 4) Un « bonus malus » flottant | p.42 | 5) Assurés au bord de la crise de nerfs | p.71 |
| 5) <i>Dura lex sed lex</i> | p.43 | 6) Qui paye ses dettes s'enrichit | p.72 |
| 6) On n'est jamais mieux assuré que par soi-même | p.44 | 7) Composer avec les familles recomposées | p.73 |
| ■ 2.B/ EN ASSURANCE DE PERSONNES | | 8) Après c'est trop tard | p.74 |
| 1) Bienvenue dans <i>Game of Thrones</i> | p.46 | ■ 4. LES CHIFFRES | p.75 |
| 2) N'oublie jamais | p.48 | ■ 5. L'INTERNATIONAL | p.85 |
| 3) Rien ne sert de courir, il faut partir à point | p.49 | ■ 6. LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC | p.89 |
| 4) <i>What is the question ?</i> | p.50 | ■ 7. ANNEXES | |
| 5) L'assurance de César Birotteau | p.51 | Charte de La Médiation de l'Assurance | p.94 |
| 6) Un de perdu... un de perdu ! | p.52 | Textes de référence | p.97 |
| 7) Rachetable <i>or not</i> rachetable | p.54 | Schéma de saisine | p.98 |
| 8) L'ignorance source de vertu ? | p.56 | Adresses utiles | p.99 |
| | | Organigramme de La Médiation de l'Assurance | p.100 |
| | | ■ 8. INDEX | p.101 |

La médiation : une initiative vertueuse de l'Europe.

Depuis trois ans, chaque consommateur de l'Union dispose gratuitement d'un mode de règlement extrajudiciaire de ses litiges en aval des services « réclamations » des entreprises qui évite le passage devant les tribunaux.

Cette nouvelle « médiation de la consommation » est profondément distincte de la conciliation, de la médiation judiciaire ou encore de l'arbitrage. Au regard de la nature et du montant moyen des différends considérés, elle constitue clairement la solution la plus adéquate à leur règlement. Dans sa grande sagesse, notre législateur a encadré ce processus pour en assurer l'indépendance, la célérité et l'efficacité, sans oublier le contrôle.

La Médiation de l'Assurance (LMA) en constitue une illustration exemplaire. L'ensemble de la profession de l'assurance a en effet mis en œuvre une approche unitaire et adopté une charte garantissant à LMA une taille critique et un budget conséquent, favorables au développement de l'expertise bénéficiant aux assurés.

La croissance continue de ses saisines (+67 % sur ses deux premiers exercices) illustre son succès auprès des consommateurs. Le suivi de ses avis, en l'absence de toute obligation, dans plus de 99 % des cas, témoigne de sa crédibilité et de la confiance générée chez les deux parties dans le processus de médiation.

La seconde mission d'une « médiation de la consommation » consiste à élaborer un rapport propre à alerter sur les dysfonctionnements observés pour en éviter la répétition.

Le secteur de l'assurance connaît ainsi de profonds changements avec l'intégration du numérique et de réglementations entièrement nouvelles. Le présent rapport éclaire, avec pédagogie, tant les professionnels que les consommateurs et leurs associations, voire les pouvoirs publics, sur les conséquences au quotidien de ces évolutions.

Une des difficultés de l'assurance réside notamment dans la longueur et le caractère souvent inintelligible de ses contrats, qui en découragent la lecture, même la plus cursive.

Tout à l'opposé, la forme du rapport de LMA vise à la plus grande clarté. Sa lecture en est aisée. La mise en œuvre des nombreuses recommandations formulées par Philippe Baillet, le Médiateur de l'Assurance, devrait renforcer l'image de ce secteur majeur de notre économie auprès des consommateurs.

Je sais que la profession s'est engagée à donner les moyens nécessaires à la mission de LMA : qu'elle en soit remerciée et surtout invitée à poursuivre en ce sens. ■

Francis AMAND

**Président
de La Médiation
de l'Assurance**

**Président
de l'Institut national
de la consommation**

La progression continue des saisines de La Médiation de l'Assurance au cours de l'exercice 2017 (+ 9 %) et sa vive accélération au premier semestre 2018 (+14 %) démontrent son adoption par les consommateurs.

Le suivi de ses avis, dans plus de 99 % des cas, et la quasi absence de saisine des tribunaux en aval de son intervention attestent de sa légitimité sur le marché et, plus encore, de l'efficacité de sa fonction d'apaisement.

Ces résultats sont le fruit de l'approche unitaire mise en œuvre par le secteur de l'Assurance. Ce choix a permis de concentrer et, par conséquent, d'optimiser les moyens nécessaires à la Médiation pour mieux répondre aux attentes des assurés, en termes d'expertise et d'organisation.

Dans un constant souci de protection des consommateurs, l'Union européenne a arrêté le principe de la gratuité des médiations de la consommation. En l'absence de *free lunch*, les saisines de la Médiation représentent donc un coût pour les intermédiaires et entreprises d'assurance. Inversement, leur analyse est un investissement efficient. Elle constitue une opportunité unique d'**amélioration du service** aux assurés, en supprimant des dysfonctionnements ressentis par les consommateurs. À cet égard, chaque étape de la vie des contrats recèle de nombreuses occasions d'amélioration de l'offre et, donc, de la satisfaction des consommateurs.

LA RÉDACTION DES CONTRATS

Les contrats d'assurance sont des contrats d'adhésion dont la rédaction échoit aux seules entreprises. Aussi leurs clauses doivent-elles être « *présentées et rédigées de façon clairement compréhensible. Elles s'interprètent en cas de doute dans le sens le plus favorable au consommateur* » (article L.211-1 du Code de la consommation).

En pratique, sur la longue durée, cette rédaction s'est clairement améliorée, du fait de multiples facteurs : la concurrence, la législation européenne, la *soft law* des organismes de contrôle, les engagements professionnels... jusqu'à la mise en œuvre de recommandations de la Médiation.



Philippe BAILLOT
Le Médiateur de l'Assurance

Pour autant, des marges de progrès subsistent. La principale difficulté reste la longueur des contrats. Elle découle de leur objective complexité et de la dimension éminemment juridique des opérations d'assurance. La principale conséquence de cette caractéristique est que **les contrats ne sont pas lus**. Nombre de saisines de la Médiation proviennent de ce seul fait. À défaut de lecture, jusqu'à la plus cursive, de leur contrat, les détenteurs de contrats multirisques habitation ignorent, par exemple, les mesures de prévention nécessaires pour bénéficier des garanties souscrites.

La piste privilégiée par la législation consiste en l'obligation de remise aux assurés d'un document de synthèse, à l'image du DIPA (Document d'information sur le produit d'assurance)^(*), un des points clés de la directive sur la distribution d'assurance (DDA), entrant en vigueur le 1^{er} octobre prochain. Il reste à craindre que cette solution ne renforce encore la tendance naturelle à l'absence de lecture des contrats. Sauf l'hypothèse heureuse d'un effort réel d'éducation financière des consommateurs, seule la mise en œuvre de véritables outils d'aide à la décision, propres à garantir l'adéquation de la couverture à la morphologie assurantielle de chaque consommateur, pourrait pallier cette absence.

^(*) alias Ipid (Insurance product information document)

La Médiation sanctionne les ambiguïtés, voire contradictions, relevées dans les contrats.

En attendant, la Médiation sanctionne les ambiguïtés, voire contradictions, relevées dans les contrats, avec la pleine conscience que ces observations portent sur le passé. En effet, les saisines de la Médiation intéressent des différends relatifs à l'application de contrats plus ou moins anciens.

Dans ce passé encore très proche, nombre de contrats comportaient, à titre de simple illustration, et sans esprit d'exhaustivité :

- des clauses invalidées par la jurisprudence, à l'image de clauses – ni formelles, ni limitées – d'exclusion de garantie pour défaut d'entretien.
Or, l'assuré doit toujours pouvoir déterminer les situations dans lesquelles il n'est pas garanti ;
- des clauses incomplètes afférentes à la prescription et, donc, inopposables ;
- des clauses imprécises, en l'absence de définition de certains termes, à l'exemple du « vol par ruse ».

Ainsi la **rédaction des contrats** constitue-t-elle toujours une source potentielle d'amélioration du service aux assurés. À ce sujet, ma satisfaction est grande de voir des observations ou suggestions de la Médiation intégrées dans les contrats les plus récents. Ce faisant, les intérêts des assurés sont mieux protégés.

LA DÉCLARATION DU RISQUE

La culture française n'intègre pas assez les démarches « gagnant-gagnant ». Or, la protection de la mutualité est précisément fondée sur l'analyse exacte de la réalité du risque présenté par chaque assuré et, par conséquent, du coût de sa couverture.

La révolution digitale en cours va interroger ce fondement (avec les objets connectés). À l'avenir, il pourrait devenir envisageable d'appréhender la réalité de chaque risque et de suivre les comportements individuels. La sinistralité et les fonctions de prévention pourraient ainsi profondément évoluer, comme la nature de la valeur ajoutée apportée par les entreprises et intermédiaires d'assurance.

En attendant, beaucoup d'assurés semblent insuffisamment conscients de l'importance de la sincérité de leur déclaration. Pour limiter le coût de l'assurance, ces déclarations ne sont l'objet de contrôle que, pour l'essentiel, au lendemain de la survenance d'un sinistre.

À cet instant, il est trop tard, et le Code des assurances prévoit légitimement – pour la protection de la mutualité et donc le bien commun des assurés – en cas de **fausse déclaration**, une réduction proportionnelle des garanties, voire la nullité du contrat.

Au regard du nombre de saisines afférentes aux déclarations initiales des assurés, appréhendées comme inexacts par les entreprises d'assurance, ces dernières devraient encore renforcer leurs mises en garde.

Naturellement « *la critique est aisée et l'art difficile* » mais la pédagogie, déjà souvent présente dans la plupart des contrats, pourra toujours être accrue, tant les conséquences s'avèrent lourdes pour les assurés, ou leurs ayants-droit en prévoyance.

Ma satisfaction est grande de voir des observations ou suggestions de la Médiation intégrées dans les contrats les plus récents.

Beaucoup d'assurés semblent insuffisamment conscients de l'importance de la sincérité de leur déclaration.

Encore faut-il que les questions ne prêtent pas à discussion.

En toute hypothèse, la sincérité des déclarations du risque s'apprécie en fonction des réponses données par le souscripteur ou l'adhérent au questionnaire qui lui est soumis. Encore faut-il que les questions ne prêtent pas à discussion. Ainsi, l'article L.112-3 du Code des assurances réfute l'inexactitude de la déclaration lorsque le questionnaire initial est imprécis. Par ailleurs, selon l'expression souvent employée par la Cour de cassation : « *la sincérité et l'exactitude des déclarations doivent s'apprécier en fonction des questions posées* ».

Aussi bien, l'assureur ne saurait se prévaloir de la réticence ou de la fausse déclaration intentionnelle de l'assuré que si celles-ci procèdent de réponses apportées à des questions précises et parfaitement appréhendées, orales ou écrites, et non perdues au milieu, par exemple, des liasses d'un contrat de prêt. La Médiation participe naturellement de cette **approche protectrice des assurés**.

LA DÉCLARATION DU SINISTRE

Dans la constante logique de protection de la mutualité, la survenance d'un sinistre ne saurait être l'occasion d'un quelconque enrichissement pour l'assuré.

À cette fin, nombre de contrats prévoient légitimement qu'« *est déchu de tout droit à garantie l'assuré qui fait de fausses déclarations sur la nature, les circonstances, les causes, les conséquences du sinistre* ».

À cet égard, les assureurs pourraient utilement renforcer leurs communications et mises en garde, en rappelant, à l'occasion de la survenance d'un sinistre – notamment dans le cadre de l'éventuel formulaire ou questionnaire de déclaration de sinistre – l'absolue nécessité de l'exactitude des faits déclarés et des preuves fournies. Trop de saisines découlent de déclarations erronées, effectuées dans la précipitation ou sous l'émotion du sinistre subi.

Trop de saisines découlent de déclarations erronées (...).

L'importance des risques encourus par l'assuré appelle de la part de la profession la **plus grande pédagogie** sur ses légitimes attentes en termes de déclaration et son obligation de protection de la mutualité, pour éviter de sanctionner des assurés de bonne foi.

LA GESTION DU SINISTRE

La survenance d'un sinistre constitue naturellement l'essence même de l'assurance et « l'opportunité » d'en vérifier l'adéquation aux besoins du consommateur.

À ce sujet, il est remarquable d'observer que sur quelque 13 millions de sinistres recensés annuellement en assurance non vie, moins d'1 sur 1 745 donne lieu à une saisine de la Médiation. Ainsi, à l'encontre d'une image trop répandue, les entreprises d'assurance semblent, pour l'essentiel, répondre de manière satisfaisante aux attentes des assurés.

Pour autant, l'extrême variété des motifs de saisine de la Médiation illustre les marges d'amélioration. Deux exemples, pris dans le champ de l'information, permettent d'appréhender aisément ce potentiel.

De nombreuses saisines de la Médiation découlent d'une simple incompréhension de l'assuré de la motivation du refus par son assureur de couvrir son risque. Trop souvent, les entreprises d'assurance omettent, purement et simplement, de préciser les dispositions contractuelles visées lors d'un refus de garantie. Or, pour réduire le nombre de contestations, il leur suffirait de motiver et expliciter leur décision, par un renvoi précis à l'article des conditions générales ou particulières visé dans leur réponse.

Dans la même logique, au lendemain de la survenance d'un sinistre, les entreprises devraient rappeler aux assurés la nécessité de conserver les biens endommagés.

Naturellement, cette **problématique probatoire** est traitée dans les conditions générales des contrats. Pour autant, ce document n'est que très rarement lu. Une information *ad hoc*, au lendemain de la survenance du sinistre, aura plus de chance d'être effectivement comprise. Elle s'avérera surtout de nature à minorer la tension induite par la survenance de l'événement concerné, douloureusement qualifié de « sinistre ».

L'extrême variété des motifs de saisine de la Médiation illustre les marges d'amélioration.

Une information ad hoc, (...) aura toujours plus de chance d'être comprise.

LA RÉSILIATION DES CONTRATS

De multiples saisines de la Médiation illustrent également le caractère perfectible des pratiques de la profession en matière de résiliation. Ces dernières s'avèrent particulièrement caractéristiques quand elles mettent en exergue une application parfaite du Code des assurances, pour autant qu'ère satisfaisante sur le fond.

Pour illustrer cette assertion, il suffira d'observer les conditions posées à la liberté fondamentale de l'assureur de résilier un contrat en cas de non-paiement de la cotisation. L'article L.113-3 du Code des assurances impose l'envoi d'une lettre recommandée au dernier domicile connu de l'assuré, sans exiger d'avis de réception et ce, même en matière d'assurance obligatoire, le retour d'un courrier NPAI n'imposant aucune démarche supplémentaire.

Au regard des conséquences potentiellement graves, j'ai invité la profession à enrichir son recueil d'engagements pour **doubler l'information des assurés** – par tout moyen de contact connu (e-mail, téléphone, etc.) – pour limiter les cas de « trou de garantie ».

Toujours sur le plan de l'information, de nombreux contrats de prévoyance comportent légitimement des clauses de cessation de garantie liée à l'âge.

À l'aune des saisines de la Médiation, ces contrats devraient davantage mettre en évidence de telles clauses pour qu'elles soient parfaitement appréhendées par les assurés. En pratique, une information spécifique pourrait être utilement envisagée, par exemple, l'année précédant leur entrée en vigueur.

Par ailleurs, les clauses de résiliation prévoient parfois une indemnité lorsque le contrat est résilié à la suite d'impayés. Ces dispositions constituent des clauses pénales.

La Médiation se réserve la possibilité de procéder à une modulation si les sommes dues semblent excessives. En outre, lorsque le litige porte sur un contrat d'assurance multirisques habitation ou automobile, les entreprises ne devraient jamais omettre d'appliquer l'engagement déontologique limitant le montant de la pénalité à 6 mois de cotisation.



DE TROIS PROBLÉMATIQUES EN COURS

Si la mission première de la Médiation est de répondre aux saisines des assurés, sa fonction centrale réside en l'**élaboration d'un rapport**. Il vise à éclairer, tant les consommateurs que les professionnels, sur les dysfonctionnements observés pour tenter d'en éviter la récurrence.

*Éviter la récurrence
des dysfonctionnements.*

Sur le temps long de l'assurance, les recommandations passées conservent l'essentiel de leur valeur et on n'aura garde de les oublier. Pour autant, le caractère annuel du rapport et la prédilection contemporaine pour l'actualité appellent de nouvelles observations sur des tendances en cours.

UNE INFORMATION PERFECTIBLE

La durée des contrats d'assurance implique un suivi régulier de la situation personnelle, familiale, patrimoniale, voire matrimoniale de l'assuré. Cet accompagnement est même au cœur de la valeur ajoutée de l'assurance et justifie seul d'une rémunération pérenne des intermédiaires. Toutefois, cette dimension est encore insuffisamment appréhendée par les assurés. Là encore, leur information pourrait être utilement renforcée afin de transformer le contrat d'assurance d'un *pensum* initial, trop vite oublié, en véritable **seconde peau protectrice**.

Ainsi la Médiation est-elle encore, trop souvent, saisie par des assurés auxquels est opposée une réduction de garantie, faute pour eux d'avoir mentionné à leur assureur l'exécution de travaux d'agrandissement de leur logement.

De même, les contrats d'assurance sont insuffisamment actualisés en fonction des « départs et retours » des membres de la famille au sein de la résidence principale et les « Tanguy » peuvent en subir une double peine. La notion d'assuré au sens du contrat reste également source de litiges, à l'image, en matière **automobile**, de l'usage par les enfants en tant que conducteur principal, de la voiture d'un de leurs parents.

La question de l'information est encore une fois problématique.

L'assurance **voyage** est également, au même motif, source de litiges. Ainsi de nombreux voyageurs se voient opposer un refus de remboursement à la suite de l'annulation de leur voyage, n'étant pas « assurés » selon les termes du contrat souscrit. À titre d'exemple, un voyage familial (grands-parents, parents, enfants) financé par les seuls grands-parents peut, fréquemment, être annulé, en raison d'un problème de santé d'un grand-parent. Les enfants, n'étant plus à la charge de « parents-payeurs », se voient opposer un refus de prise en charge, justifié contractuellement. La question de l'information est, alors, encore une fois problématique.

DU VIAGER

L'évolution de la pyramide des âges et de la table de mortalité met en lumière la nécessité pour les Français de se constituer des revenus viagers, à compter de la cessation de leur activité professionnelle. Les travaux de l'économie comportementale – à l'image de ceux du prix Nobel (2002) Daniel Kahneman – mettent en évidence qu'un biais fondamental de nos choix économiques découle d'une absence d'appréhension effective des données statistiques pertinentes.

Ainsi, nombre de consommateurs, à l'encontre de leur intérêt, par manque de connaissance de l'espérance de vie aux âges de départ à la retraite, expriment dans leur saisine leur prédilection pour la perception d'un capital, de préférence à une rente viagère.

En pratique, un grand nombre de détenteurs de contrats de retraite réclament la perception d'un capital, en lieu et place de la rente viagère prévue, prétextant d'un défaut de conseil ou d'information. L'analyse des pièces communiquées conduit à constater que la lettre des contrats, les relevés annuels, leur intitulé même comportent toutes les informations nécessaires. Pour autant, le caractère viager n'est pas toujours effectivement appréhendé. Le terme même de viager semble par trop abscons.

La profession devrait réfléchir à toujours plus de pédagogie (...).

Au regard du développement anticipé de l'épargne retraite, la profession devrait donc réfléchir à toujours plus de pédagogie sur la nature viagère des produits commercialisés, sans craindre le pléonasme, la répétition, jusqu'à la plus grande simplicité dans ses présentations commerciales.

Il reste à observer que les exceptions apportées par la législation au principe de la sortie sous forme de rente viagère, des contrats d'épargne retraite, s'avèrent dommageables. Elles viennent en effet troubler la logique et l'appréhension de l'économie de ces formules par les assurés. Par ailleurs, leurs modalités pratiques d'application, extrêmement complexes, sont source de nombreuses saisines. Or, ces interrogations appellent, dans la majorité des cas, des réponses contraires aux espérances générées dans l'esprit des consommateurs et donc une frustration accrue. Aucun article du Code de la consommation ne contraint, malheureusement, le législateur à « *présente[r] et rédige[r] de façon clairement compréhensible* » (*sic*) ses dispositions.

DE PRÉLÈVEMENTS OBLIGATOIRES ABSCONS

Les modalités de calcul des contributions sociales, en termes de taux et d'assiette, donnent lieu à un nombre toujours accru de saisines de la Médiation.

Cet accroissement est lié au fait que ce prélèvement génère une recette désormais supérieure à l'impôt sur le revenu. Il se caractérise, en effet, par son assiette extrêmement large et la quasi absence de dérogation ou « niche ».

En pratique, ces saisines donnent surtout lieu à un exercice de pédagogie auprès des assurés. En l'occurrence, le rôle des entreprises se limite à collecter le prélèvement. Cette simple fonction ne les protège pas de l'ire des épargnants.

Ces saisines donnent lieu à un exercice de pédagogie auprès des assurés.

Ainsi, les distorsions d'assiette entre l'impôt sur le revenu et la CSG, non illogiques au regard des origines distinctes de ces prélèvements, soulèvent toujours maintes interrogations et provoquent autant d'incompréhensions. À titre d'illustration, les contrats d'assurance en cas de vie liés à la cessation d'activité professionnelle ne comportent normalement pas de possibilité de rachat.

À titre exceptionnel, dans diverses hypothèses, les assurés peuvent percevoir un capital. Notre législation fiscale prévoit l'exonération d'impôt sur le revenu des produits correspondants. Inversement, la CSG reste exigible.

Cette différence de traitement, si elle n'est pas incohérente, est pour autant à l'origine

de nombre de saisines. Elle s'avère, en effet, difficile à comprendre par les assurés et même, dans leur esprit, source d'interrogation, sur la responsabilité des entreprises d'assurance.

Un second exemple découle de l'importance de nos déficits sociaux, associée à celle du stock d'épargne détenu au sein de contrats d'assurance-vie. Ce cocktail a, en effet, conduit l'administration à accélérer le prélèvement des contributions sociales, contre toute logique ou cohérence, sans attendre la perception effective des produits – leur servant d'assiette – par les épargnants.

Ainsi, dès 1996, a-t-elle décidé de percevoir les **prélèvements sociaux, au fil de l'eau** sur les contrats d'assurance-vie en euros, à l'occasion de l'inscription en compte de leur valorisation, sans considérer l'hypothèse courante où le souscripteur vient à disparaître sans avoir procédé au rachat de son contrat. Dans un second temps (en 2011), ce prélèvement devait s'appliquer à la valorisation annuelle des fonds en euros, au sein des contrats multisupports. Or cette valorisation ne revêt clairement aucun caractère définitif – hors même l'hypothèse de sa disparition –, dès lors que le souscripteur est libre, à tout moment, de procéder à des arbitrages potentiellement défavorables.

*Un nouvel impôt
sur le capital !*

Surtout, à l'encontre de toute cohérence ou logique (autre que le pur rendement), notre législation a-t-elle prévu l'**assujettissement à la CSG** de la valorisation d'un contrat d'assurance-vie investi en unités de compte constaté à la « veille » de la mort de son souscripteur qui n'aurait pas été l'objet d'un prélèvement au fil de l'eau.

La CSG semble alors changer de nature, puisque le bénéficiaire du contrat, en cas de décès, recueille un capital, par essence exonéré de prélèvements sociaux. Quant au *de cuius*, comment le législateur peut-il lui imputer la perception de quelconques « revenus » ou « produits de placements » (article L.136-7 du Code de la Sécurité sociale) ?

*Cette incohérence
a pour conséquence
de rendre proprement
illisible la CSG.*

En attendant de donner lieu à une saisine du Conseil constitutionnel, cette incohérence a pour conséquence de rendre proprement illisible la CSG. La multiplication induite des saisines illustre les interrogations des assurés sur la sincérité et la justifi-

cation des prélèvements effectués par les entreprises d'assurance, pourtant sous le contrôle et pour le compte exclusif du Trésor.

En toute hypothèse, il reste à regretter que la législation fiscale « *dans le doute [ne] s'interprète [pas] contre celui qui l'a proposé(e)* » (nouvel article 1190 du Code civil).



LA VIE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

Sur le plan qualitatif, le premier défi de la Médiation est de répondre à l'accroissement du nombre de ses saisines (+ 66 % sur deux exercices). Pour ce faire, la profession de l'Assurance a, à ma demande, consenti un effort budgétaire exceptionnel. Ainsi, conformément aux suggestions d'un audit, le budget de fonctionnement de la Médiation a-t-il été significativement renforcé, ainsi que ses effectifs.

Naturellement, ces dépenses constituent surtout **une forme d'investissement** pour les entreprises d'assurance. En leur sein, toute réclamation correspond à une opportunité commerciale de renouer le lien avec le client et de recueillir des informations propres à améliorer la prestation délivrée et donc leur efficacité globale. En aval des services clients, la Médiation constitue, dans le cadre de la gestion de ses saisines, la dernière chance de **préserver la relation commerciale**.

« *Et en même temps* », son rapport **éclaire le marché** sur les mesures propres à améliorer la satisfaction des assurés, en termes de pratiques, d'information...

Quant à la gestion des saisines, la dépense correspondante s'avère efficace. En effet, selon les données disponibles, les saisines des tribunaux, au lendemain d'un avis, sont extrêmement rares, et même inexistantes sur le premier semestre 2018. Dans le même temps, les tribunaux d'instance ne connaîtraient **plus guère de contentieux d'assurance**.

Le traitement des saisines fait surtout l'objet d'une forme de consensus. En effet,

La Médiation participe à une réduction de la conflictualité du secteur.

même en l'absence de toute obligation, les entreprises d'assurance suivent les avis.

Ainsi la Médiation participe-t-elle d'une réduction significative de la conflictualité du secteur. Cette réussite est naturellement conditionnée à l'actuelle participation effective de la totalité des acteurs au processus de médiation. À cet égard, l'absence de tout refus d'entrer en médiation par un professionnel du secteur de l'Assurance, conformément à la Charte de la Médiation de l'Assurance, est exemplaire.

L'accroissement des moyens affectés par la profession de l'Assurance à la Médiation a nécessité la démonstration d'efforts continus de productivité. Les actions entreprises ont revêtu diverses modalités :

- la mise en œuvre d'une gestion électronique des dossiers ;
- une remise à plat de l'ensemble de ses procédures ;
- la création d'une plateforme de gestion en ligne ;
- un formulaire de saisine en ligne revisité ;
- l'externalisation de la mise sous pli des courriers.



En conclusion, l'augmentation continue des saisines de la Médiation par des avocats, des conciliateurs ou encore des associations de consommateurs, démontre l'acclimatation de son process. Le **suivi quasi systématique de ses avis** par la profession atteste de sa légitimité sur le marché.

En pratique, la gestion de ses saisines n'a été possible que grâce à la qualité et à l'investissement de l'ensemble des correspondants de la Médiation au sein des entreprises et intermédiaires d'assurance et, plus encore, de ses collaborateurs. Qu'ils en soient tous très chaleureusement remerciés. ●

A large, stylized handwritten signature in teal ink, consisting of the letters 'PLB' followed by a long horizontal flourish.

LES T.O.C. DU MÉDIATEUR

Les clauses d'exclusion doivent être formelles et limitées. Elles ne doivent être **ni imprécises, ni trop générales.**

En matière d'exclusion de garantie, **la charge de la preuve incombe toujours à l'assureur,** nonobstant toute clause contraire.

Pour opposer une fausse déclaration intentionnelle du risque, l'assureur doit démontrer **cumulativement** 3 éléments :

- une fausse déclaration ;
- une intention de tromper ;
- un changement induit de son opinion quant au risque à garantir.

La bonne foi de l'assuré est toujours présumée. Il incombe donc à l'assureur, soupçonnant une fraude, de la démontrer par des **éléments précis et étayés.**

Les assurés doivent porter la plus grande attention à la déclaration de leur risque :

- lors de la souscription du contrat ;
- **ET**, en cas d'évolution de leur situation, pendant toute sa durée.

Pour accroître leur appréhension effective par les assurés, les professionnels devraient renouveler, aux moments clés, les informations relatives en particulier :

- aux modalités de déclaration et de gestion d'un sinistre ;
- à l'extinction d'une garantie, par suite de la survenance d'un anniversaire.

L'assuré doit déclarer tout sinistre dans le délai contractuellement prévu. L'assureur ne peut opposer de déchéance, pour déclaration tardive, que s'il **démontre un préjudice découlant d'un éventuel retard.**

En cas d'expertise, l'assuré doit toujours pouvoir **prendre connaissance du rapport** de l'expert.

Pour la sérénité du processus, les professionnels sont invités à **suspendre les procédures de recouvrement** le temps de la médiation.

Les assurés sont invités à vérifier la **concordance des garanties** souscrites à leurs attentes. En particulier pour :

- les annexes de leur habitation (piscine, véranda, abris de jardin, murs et clôtures) ;
- les accessoires de leur véhicule.

En matière d'annulation voyage, l'assureur doit veiller à **distinguer** la date de la première constatation médicale, de la date à laquelle l'assuré a été informé de son impossibilité de voyager.

En prévision des périodes de congés, les assureurs sont invités à rappeler à leurs assurés **les mesures de prévention** à respecter en cas d'absence.

Pour bénéficier
d'une garantie accident,
le sinistre doit répondre,
cumulativement,
à 3 caractéristiques :

- une atteinte **non intentionnelle** ;
- une cause **soudaine** ;
- **ET** une cause **extérieure.**

Les clauses bénéficiaires de contrats d'assurance-vie doivent :

- traduire la réalité des choix du souscripteur,
en s'abstenant de toute présomption (caractéristique des clauses-types) ;
- préciser l'identité et les coordonnées du bénéficiaire ;
- éviter toute ambiguïté de nature à ralentir le règlement ;
- prévoir les modalités de renonciation du bénéficiaire ;
- faire l'objet d'adaptations périodiques, au rythme d'évolution des cercles affectifs ;
- optimiser, en présence de plusieurs contrats, la fiscalité selon leur ancienneté
et le lien de parenté avec les bénéficiaires désignés.

Enfin, la capacité de leur rédacteur doit être avérée,
tant à la souscription qu'à l'occasion de chaque modification.

1. QUELQUES FONDAMENTAUX

AUX PORTES DE LA FORTUNE, L'INFORTUNE !

Le chapitre II de la loi Eckert, applicable depuis le 1^{er} janvier 2016, impose un délai strict à l'entreprise d'assurance, pour le versement des capitaux décès. Elle prévoit un délai de 15 jours, imparti à l'assureur, pour solliciter les pièces nécessaires au versement des capitaux, puis d'un délai d'1 mois pour procéder à leur règlement.

LE NÉCESSAIRE ENCADREMENT DU DÉLAI DE VERSEMENT DES CAPITAUX

La loi Eckert, relative notamment aux « *contrats d'assurance-vie non réclamés* » précise les obligations de l'assureur lors de la survenance du décès de l'assuré. Le non-versement des capitaux décès, en temps utile, peut en effet conduire à des situations dans lesquelles le bénéficiaire de premier rang est décédé antérieurement au versement du capital.

En pratique, la Médiation est régulièrement saisie de cas dans lesquels le décès de l'assuré est antérieur à l'entrée en vigueur de la loi, et où l'assureur n'a pris contact avec les bénéficiaires que tardivement, et du fait de ses nouvelles obligations. Les réclamants s'étonnent alors du délai écoulé entre la date de survenance du décès de l'assuré et la date de leur information de leur qualité de bénéficiaire.

À cet égard, il convient de se référer aux obligations de l'assureur antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi Eckert.

La loi du 15 décembre 2005 (n° 2005-1564) est venue ajouter un dernier alinéa à l'article L.132-8 du Code des assurances, ainsi rédigé : « *Lorsque l'assureur est informé du décès de l'assuré, l'assureur est tenu d'aviser le bénéficiaire, si les coordonnées sont portées au contrat, de la stipulation effectuée à son profit* ».

Ce n'est donc qu'à compter de cette date que l'assureur a été expressément tenu d'une obligation légale d'informer le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, par le souscripteur du contrat d'assurance-vie.

Cette obligation a été renforcée par la loi du 17 décembre 2007 (n° 2007-1775), modifiant l'alinéa précité de la manière suivante : « *Lorsque l'assureur est informé du décès de l'assuré, l'assureur est tenu de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit* ».

À compter du 17 décembre 2007, l'assureur n'avait donc plus une simple obligation d'information,



CONFORMÉMENT À L'OBJET MÊME DE L'ASSURANCE-VIE, L'ASSUREUR QUI A CONNAISSANCE DU DÉCÈS DU SOUSCRIPTEUR ET DISPOSE DES COORDONNÉES DU BÉNÉFICIAIRE, DOIT L'INFORMER DE SA QUALITÉ, SANS DÉLAI.

À DÉFAUT, IL POURRA ÊTRE AMENÉ À PROCÉDER AU VERSEMENT D'INTÉRÊTS DE RETARD.

mais bien une obligation d'effectuer des recherches concernant le bénéficiaire, même si la loi ne prévoyait alors ni sanction ni délai.

Dès lors, si la Médiation est saisie d'une réclamation portant sur le délai écoulé entre la connaissance du décès du souscripteur par l'assureur, postérieurement au 17 décembre 2007, et l'information des bénéficiaires de leur qualité, le Médiateur s'assurera que des recherches ont été initiées. En fonction et au regard des éléments communiqués, il appréciera s'il y a lieu de solliciter le versement d'intérêts de retard.

Si le décès du souscripteur est survenu antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi du 17 décembre 2007, aucune obligation légale expresse de recherche ne pesait alors sur l'assureur.

Toutefois, le Médiateur rappelle l'existence d'un principe général d'exécution de bonne foi des conventions. L'objet du contrat d'assurance-vie étant, notamment, la transmission d'un capital en cas de décès, l'assureur informé de la disparition de l'assuré, ainsi que de l'identité et des coordonnées des bénéficiaires, se doit de procéder au versement du capital^(*).

^(*)Contra Cour d'appel de Paris, Pôle 2 ch. 5, 27 septembre 2016, n°15/11216.

À titre d'illustration, dans une hypothèse où le bénéficiaire désigné était l'épouse de l'assuré, domiciliée à la même adresse, elle-même titulaire d'un contrat d'assurance-vie auprès du même assureur, le Médiateur a considéré qu'il appartenait à l'assureur de la contacter afin de l'informer de sa qualité de bénéficiaire. En effet, l'assureur pouvait difficilement ignorer ses coordonnées, identiques à celles de l'assuré décédé.

Dans de tels cas, il est demandé à l'assureur de procéder au versement d'intérêts de retard, au taux légal, entre la date à laquelle il a eu connaissance du décès, et celle à laquelle il a informé le bénéficiaire de sa qualité.

Le délai pris par l'assureur pour procéder au versement des capitaux décès peut, en outre, .../...

LE VERSEMENT DES CAPITAUX DÉCÈS AUX BÉNÉFICIAIRES AUX PORTES DE LA FORTUNE, L'INFORTUNE !



LE SOUSCRIPTEUR D'UN CONTRAT D'ASSURANCE-VIE DOIT PORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION À LA RÉDACTION DE SA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE.
EN PARTICULIER, IL DOIT RÉFLÉCHIR ET EXPRIMER SA PRÉFÉRENCE DANS L'HYPOTHÈSE DU DÉCÈS D'UN BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ, TANT ANTÉRIEUREMENT QUE POSTÉRIEUREMENT À SA PROPRE DISPARITION : ENTEND-IL QUE LE BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE-VIE SOIT DÉVOLU AUX HÉRITIERS DE CE BÉNÉFICIAIRE DÉCÉDÉ OU BIEN AUX AUTRES BÉNÉFICIAIRES SURVIVANTS ?

entraîner de nouvelles problématiques, notamment quant à l'application de la clause bénéficiaire. La Médiation est régulièrement saisie par des réclamants faisant valoir qu'un de leurs parents, bénéficiaire de premier rang d'un contrat d'assurance-vie, est décédé avant d'avoir pu accepter : d'une part, parce qu'il ignorait sa qualité de bénéficiaire ; d'autre part, parce que l'assureur a mis un certain temps avant de l'en informer (jusqu'à plusieurs dizaines d'années).

Le Médiateur est alors amené à apprécier l'existence d'une perte de chance du bénéficiaire d'avoir pu percevoir les capitaux décès de son vivant. Il convient toutefois de préciser que si cette perte de chance est admise, l'indemnité correspondante doit être versée à la succession du bénéficiaire.

En effet, les héritiers de ce dernier ne peuvent faire valoir leur propre préjudice, en l'absence de certitude que le capital leur serait finalement revenu et n'aurait pas été consommé en totalité par leur parent, s'il avait perçu le capital de son vivant.

Pour les décès survenus postérieurement au 1^{er} janvier 2016, la difficulté ne devrait plus se présenter, puisque l'article L.132-23-1 du Code des assurances encadre désormais strictement le délai de versement des capitaux décès par l'assureur. Il assortit notamment de sanction tout retard à ce délai, par le versement d'un intérêt au double du taux légal durant 2 mois, puis au triple du taux légal au-delà.

L'ENCADREMENT RELATIF DU DÉLAI DE DEMANDE DES PIÈCES NÉCESSAIRES AU VERSEMENT DES CAPITAUX.

L'article susvisé, en son premier alinéa, précise que « *l'entreprise d'assurance dispose d'un délai de 15 jours, après réception de l'avis de décès et de sa prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire ou au terme prévu pour le contrat, afin de demander au bénéficiaire du contrat d'assurance sur la vie de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement* ».

En plus du délai d'1 mois pour procéder au versement des capitaux, l'assureur est donc contraint de respecter un délai de 15 jours, à compter de sa connaissance du décès et des coordonnées du bénéficiaire, pour solliciter les pièces nécessaires au paiement.

À titre d'illustration, la Médiation a ainsi été saisie par des bénéficiaires qui avaient adressé à l'assureur le certificat de décès du souscripteur, ainsi que des documents tels qu'une pièce d'identité et un RIB, afin de percevoir les capitaux décès.

L'assureur, qui disposait donc d'un délai de 15 jours pour solliciter les pièces nécessaires au versement, était revenu vers les bénéficiaires 2 mois plus tard pour demander un document manquant – en l'occurrence le certificat de non-exigibilité ou d'acquiescement de l'impôt.

La difficulté résulte du fait que l'article L.132-23-1 du Code des assurances n'assortit le manquement au délai de 15 jours d'aucune sanction.

Dans une telle hypothèse, le Médiateur apprécie le délai pris par l'assureur pour solliciter les pièces manquantes. Si celui-ci apparaît excessif, il réclame au professionnel, au titre de l'équité, le versement d'une somme équivalente à des intérêts de retard. ●

UNE TRÈS CHÈRE CONTRIBUTION...

Si les contestations relatives aux prélèvements sociaux sont légion, leur principe même ne pose pas de difficulté. Inversement, leurs modalités d'application, souvent complexes et en tous cas incomprises, restent mal appréhendées.



L'ASSUREUR QUI INDIQUE DANS LES RELEVÉS DE SITUATION ANNUELS DE SES CONTRATS QUE LE CAPITAL EST NET DE FRAIS ET DE PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX, EST INVITÉ À PRÉCISER QU'IL S'AGIT DES SEULS PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX ACQUITTÉS, AU FIL DE L'EAU, SUR LES FONDS EN EUROS.

EN EFFET, DE NOMBREUSES RÉCLAMATIONS SONT SOUMISES À LA MÉDIATION DANS DES CAS OÙ L'ASSURÉ FAIT VALOIR QUE SON DERNIER RELEVÉ DE SITUATION FAIT ÉTAT D'UN CAPITAL NET DE PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX ALORS QUE DE « NOUVEAUX » LUI SONT PRÉLEVÉS À L'OCCASION D'UN RACHAT ULTÉRIEUR.



L'ASSURÉ DOIT IDENTIFIER LA NATURE DE SA RÉCLAMATION AFIN DE S'ADRESSER AU SERVICE IDOINE. EN EFFET, L'ASSUREUR N'ÉTANT QUE COLLECTEUR D'IMPÔT POUR LE COMPTE DE L'ADMINISTRATION FISCALE, IL CONVIENDRA D'EN RÉFÉRER À CETTE DERNIÈRE POUR TOUT DIFFÉREND RELATIF AU CALCUL EFFECTIF DES PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX APPLIQUÉS.

Comme tous les produits financiers, les contrats d'assurance-vie sont assujettis à des prélèvements sociaux et fiscaux. Les modalités d'application des prélèvements diffèrent toutefois selon, notamment, la date de souscription des contrats et leur nature – monosupport, en unités de compte ou multisupports.

Bien que les différends de nature fiscale ou sociale ne relèvent pas, par principe, de sa compétence, le Médiateur est conduit à expliciter aux réclamants les modalités d'application des prélèvements sociaux sur les contrats souscrits, en particulier à l'occasion de rachats.

Le Médiateur rappelle alors le principe des prélèvements ou les modalités de détermination de leur assiette. Il souligne également que les modalités pratiques de mise en œuvre par la compagnie d'assurance sont, tout naturellement, l'objet de contrôles périodiques par l'administration fiscale. Cette dernière est, en effet, seule en mesure de vérifier l'exactitude des prélèvements effectués par l'assureur et de procéder à leur éventuelle modification.

La Médiation est également saisie d'hypothèses dans lesquelles les modalités d'application des prélèvements sociaux sont particulières.

Tel peut être le cas d'un non-résident fiscal. En effet, l'article L.136-6 du Code de la Sécurité sociale dispose : « Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4B du Code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu (...) ».

A contrario et par exception, dans certaines hypothèses, un non-résident fiscal français peut se trouver exonéré de contribution sociale.

Toutefois, afin de bénéficier de cette exonération, encore appartient-il à l'assuré demandeur d'apporter la preuve de son statut de non-résident.

L'assuré ne peut donc refuser de communiquer à l'assureur qui en fait la demande, une attestation de résidence, au seul motif que la convention conclue entre le pays de résidence fiscale – en l'occurrence le Panama – et la France, ne vise pas expressément ce document. En effet, l'assureur n'est que collecteur d'impôt pour le compte de l'administration fiscale, de sorte qu'il lui appartient de répondre aux exigences de cette dernière.

Aussi ne saurait-il être reproché à l'assureur d'avoir sollicité la production de documents permettant d'établir de manière incontestable le statut de non-résident français, pouvant éventuellement permettre de bénéficier d'une exonération de la contribution sociale.

Il peut également y avoir exonération lorsque le rachat est consécutif à une mise en invalidité de catégorie 2 ou 3 de la Sécurité sociale. À ce titre, l'instruction fiscale du 28 décembre 2007 (BOI 5 I-4-07 n°132) prévoit que le contribuable qui s'est indûment vu prélever des contributions sociales, pourra en obtenir restitution, en cas de réclamation, avant le 31 décembre de la deuxième année suivant la date de paiement.

Il lui appartient alors de produire, « *une attestation de l'établissement payeur ayant opéré les prélèvements sociaux sur les produits du bon ou contrat de capitalisation ou d'assurance-vie, précisant l'assiette et le montant de chacun des prélèvements sociaux (...)* », ainsi que « *les pièces justifiant que le dénouement du bon ou contrat résulte de son invalidité ou de celle de son conjoint correspondant au classement dans la deuxième ou troisième catégorie* » de la Sécurité sociale.

Le Médiateur rappelle alors que l'assureur qui a indûment prélevé les contributions sociales ne saurait être mis en cause, s'il ignorait que le dénouement du contrat était consécutif à une invalidité. Il ne peut donc qu'inviter l'assureur à fournir l'attestation exigée par l'administration fiscale pour permettre au demandeur d'exercer son recours directement auprès d'elle. ●



ADMINISTRATION FISCALE

LES RECETTES AFFÉRENTES AUX PRÉLÈVEMENTS SOCIAUX ONT DÉPASSÉ CELLES DE L'IMPÔT SUR LE REVENU.

LA CSG SE CARACTÉRISE, EN OPPOSITION À L'IMPÔT SUR LE REVENU, PAR UNE ASSIETTE LARGE, EN L'ABSENCE, POUR L'ESSENTIEL, DE « NICHES SOCIALES ». POUR AUTANT, L'ÉVOLUTION CONSTANTE À LA HAUSSE DE SON TAUX ET LA RELATIVE COMPLEXITÉ DE SES MODALITÉS D'APPLICATION AU « PLACEMENT PRÉFÉRÉ DES FRANÇAIS » (SELON LA DATE DE SOUSCRIPTION, LES SOUS-JACENTS FINANCIERS, LES MODALITÉS DE RÈGLEMENT) CONTINUENT À SUSCITER UNE LARGE INCOMPRÉHENSION.

C'EST PAS MA FAUTE

La fausse déclaration commise à l'occasion d'un sinistre est une des causes de déchéance légitimement prévues par le contrat d'assurance. En cas de fausse déclaration, intentionnelle ou faite sciemment, sur la nature, les circonstances, les causes ou les conséquences du sinistre, l'assuré est privé de tout droit à garantie pour le sinistre en cause.



LES ASSURÉS ONT UNE CONSCIENCE INSUFFISANTE QUE TOUTE APPROXIMATION LORS DE LEUR DÉCLARATION DE SINISTRE PEUT CONDUIRE À UNE DÉCHÉANCE DE GARANTIE.

ILS DEVRONT DONC PORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION À L'EXACTITUDE DE LEUR DÉCLARATION.

Certains contrats prévoient une clause de déchéance conditionnée à un caractère intentionnel. Pour la protection de la mutualité, l'assuré est privé de toute garantie lorsqu'il a menti lors de sa déclaration de sinistre. Encore faut-il que l'assureur apporte la preuve que cette fausse déclaration était intentionnelle, afin de pouvoir se prévaloir de la sanction grave qu'est la déchéance de garantie.

Ainsi la clause doit-elle être traitée en deux temps, afin de savoir si elle peut être opposée à l'assuré. Dans un premier temps, il s'agit de vérifier qu'il y a bien une déclaration de sinistre erronée. La déclaration effectuée sur la nature du sinistre ou les circonstances de sa survenance doit s'avérer différente de la réalité. Pour autant, cette seule condition n'est pas suffisante lorsque la clause exige une intentionnalité.

Dans ce cas et dans un second temps, l'assureur doit être en mesure de prouver le caractère intentionnel de cette fausse déclaration, afin de pouvoir s'en prévaloir. Nombre d'assureurs écartent la garantie dès lors qu'une fausse déclaration est démontrée, sans plus démontrer l'existence de son caractère intentionnel. Or, les deux éléments sont cumulativement requis pour la bonne application de la déchéance de garantie.

La preuve du caractère intentionnel de la fausse déclaration est souvent très difficile à rapporter, d'autant que la bonne foi entre cocontractants est présumée.

Ainsi, lorsqu'aucun élément probant n'est apporté par l'assureur, le Médiateur constate que les conditions d'application de la clause ne sont pas réunies, interdisant ainsi de l'opposer à l'assuré. Ce dernier devra dès lors être indemnisé de son sinistre.

Pour prouver le caractère intentionnel de la fausse déclaration, l'assureur peut se fonder sur un faisceau d'indices, que le Médiateur appréciera pour déterminer s'il y a lieu ou pas d'appliquer la déchéance.

À titre d'illustration, une clause de déchéance avait été opposée à l'assuré qui, à la suite d'un accident automobile, avait déclaré un kilométrage ainsi qu'un prix d'achat erronés, invoquant une confusion avec un autre véhicule acheté plus d'un an et demi avant le véhicule sinistré. Or, les deux véhicules étaient de standing différent, l'un acquis d'occasion et l'autre neuf. Au surplus, les documents officiels, en l'occurrence le certificat d'acquisition, contredisaient les données déclarées par l'assuré concernant le prix d'achat. Le Médiateur a considéré que ces éléments étaient suffisants à démontrer que l'assuré avait effectué la fausse déclaration sciemment, au moins concernant le prix d'achat du véhicule, le privant ainsi de son droit à indemnisation. ●



LORSQUE LA CLAUSE DE DÉCHÉANCE CONTRACTUELLEMENT STIPULÉE VISE UNE DÉCLARATION ERRONÉE, RÉALISÉE DE MANIÈRE INTENTIONNELLE, L'ASSUREUR DOIT EFFECTIVEMENT ET FORMELLEMENT DÉMONTRER, EN SUS DE L'EXISTENCE D'UNE FAUSSE DÉCLARATION, SON CARACTÈRE INTENTIONNEL.

DONNER (SA PAROLE) C'EST DONNER

Les contrats d'assurance prévoient généralement le recours à l'expertise comme procédé d'évaluation des dommages ainsi que 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.



LES ASSURÉS DOIVENT SE MONTRER VIGILANTS QUANT AUX DOCUMENTS SOUMIS À LEUR SIGNATURE, NOTAMMENT DANS LE CADRE DE L'ORGANISATION D'UNE MESURE D'EXPERTISE, AFIN DE VÉRIFIER QU'ILS N'EMPORTENT PAS RENONCIATION À CONTESTATION ULTÉRIEURE.



LORSQUE LA PROCÉDURE CONTRACTUELLE PRÉVOIT 3 NIVEAUX D'EXPERTISE, IL EST PRÉFÉRABLE DE RESPECTER CES ÉCHELONS (ET DE N'AVOIR RECOURS À UN « PROTOCOLE D'ARBITRAGE » QU'EN DERNIER LIEU).

EN TOUTE HYPOTHÈSE, CE DOCUMENT DOIT EXPRESSÉMENT ATTIRER L'ATTENTION DE L'ASSURÉ SUR LES CONSÉQUENCES DE SA SIGNATURE, DÈS LORS QU'IL EMPORTE RENONCIATION À UN DROIT.

Les clauses contractuelles instaurent, le plus souvent, 3 étapes distinctes dans le cadre de la procédure d'expertise :

- l'expertise initiale, réalisée par un professionnel choisi et missionné par l'assureur ;
- la contre-expertise, qui se déroule en présence de 2 experts (l'un désigné par l'assureur, le second par l'assuré) ;
- la tierce expertise, qui intervient lorsque les 2 experts précédents ne sont pas parvenus à un accord sur leurs conclusions. Dans cette hypothèse, ces deux experts choisissent un troisième expert, chargé de les départager.

Cette procédure en trois étapes est destinée à protéger les droits des parties, dès lors qu'elle permet à chacune de contester les conclusions rendues, et de désigner un expert de son choix pour procéder aux opérations.

Toutefois, il apparaît, au fil des années, que les entreprises d'assurance tendent à limiter l'application de ces clauses contractuelles au profit de « protocole d'arbitrage », voire d'« expertise médicale d'arbitrage ». Ces documents précisent ainsi toujours que les conclusions de l'examen qui seront rendues par l'expert désigné s'imposeront aux parties.

En acceptant ce protocole, l'assuré renonce alors irrévocablement à toute possibilité de contestation ultérieure des conclusions techniques de l'expert, tant amiablement que devant les juridictions. Ainsi, en l'absence d'évolution ou d'aggravation, aucun nouvel examen technique ne pourra être ordonné, de sorte que les conclusions rendues sont définitives.

S'il apparaît légitime de recourir à un tel protocole lorsque les étapes susvisées ont été respectées ou lorsque l'une des parties conteste systématiquement ou abusivement les conclusions qui lui sont défavorables, il n'en va pas de même lorsque cette procédure est mise en œuvre dès le premier examen.

En pratique, il arrive fréquemment que les assurés saisissent la Médiation afin de contester les conclusions rendues dans le cadre d'un « protocole d'arbitrage », sans avoir conscience des conséquences de la procédure mise en œuvre. Or, en vertu du principe de force obligatoire des contrats, le Médiateur ne peut que constater qu'en signant un tel document, l'assuré, comme l'assureur, a renoncé à son droit de contester les conclusions techniques. Le Médiateur se voit donc contraint de rejeter la demande du réclamant. ●

À VOTRE BON CŒUR M'SIEUR L'ASSUREUR !

Face à l'obligation d'adhérer à la complémentaire santé (mutuelle) de leur employeur, certains assurés exigent de l'assureur, auprès duquel ils ont souscrit antérieurement une complémentaire santé individuelle, que cette dernière soit résiliée, à compter de la date d'adhésion à la complémentaire santé employeur.

Depuis l'adoption de la loi n° 2013-504 sur la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, l'adhésion à une complémentaire santé d'entreprise est devenue obligatoire, tant pour le salarié que pour son employeur.

Cette nouvelle obligation d'adhérer soulève la question pour le salarié, de savoir dans quelles conditions il peut résilier sa complémentaire santé individuelle, souscrite antérieurement.

Le législateur n'a prévu aucune disposition relative à une procédure de résiliation spécifique, permettant aux salariés-assurés de résilier leur assurance individuelle souscrite antérieurement. En effet, seuls ont été encadrés, par l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, les cas de dispenses d'adhésion au contrat groupe obligatoire.

Il en résulte que l'assureur n'est pas tenu d'accepter une demande de résiliation fondée sur ce motif.

Ainsi les assureurs ont-ils dû s'adapter face à de nombreuses demandes de résiliation formulées par les assurés soumis à l'obligation d'adhésion au contrat groupe souscrit par leur employeur. En l'absence de disposition légale ou contractuelle particulière, certains assureurs ont accepté de prendre en compte de telles demandes de résiliation.

Toutefois, dès lors qu'une telle résiliation n'est imposée ni par les textes, ni par le contrat, l'assureur demeure libre d'en déterminer les conditions et formalités.

Les salariés qui ne souhaitent pas cumuler deux mutuelles, pourront se prévaloir auprès de leur employeur de l'un des cas de dispense d'adhésion à la mutuelle obligatoire de l'entreprise, prévu par l'article L.911-7 du Code de la Sécurité sociale, en l'occurrence la dispense d'une complémentaire santé individuelle.

Cette dispense est à l'initiative du salarié et doit être demandée au moment de l'embauche ou au moment de la mise en place de la couverture collective, si le salarié fait déjà partie de l'entreprise.

Elle jouera jusqu'à l'échéance du contrat individuel, et le salarié devra fournir à son employeur une attestation d'assurance mentionnant sa date d'échéance.



LORS DE LA DEMANDE DE
RÉSILIATION DE SA MUTUELLE POUR
CAUSE D'ADHÉSION À LA MUTUELLE
OBLIGATOIRE DE SON NOUVEL
EMPLOYEUR PAR LE SALARIÉ-ASSURÉ,
L'ASSUREUR DE LA MUTUELLE
SOUSCRITE ANTIÉRIEUREMENT N'EST
PAS CONTRAINT D'ACCEPTER LA
DEMANDE DE RÉSILIATION FONDÉE
SUR CE MOTIF.

SI L'ASSUREUR LE REFUSE, L'ASSURÉ
DEVRA ALORS FORMULER AUPRÈS DE
SON EMPLOYEUR UNE DEMANDE DE
DISPENSE D'ADHÉSION, JUSTIFIÉE PAR
LE FAIT QU'IL DISPOSE DÉJÀ D'UNE
MUTUELLE AUPRÈS D'UN AUTRE
ASSUREUR, S'IL SOUHAITE ÉVITER
DE CUMULER 2 MUTUELLES.

CETTE DISPENSE PRENDRA FIN À
L'ÉCHÉANCE ANNUELLE DU CONTRAT
EN COURS. PASSÉ CETTE DATE,
LE SALARIÉ-ASSURÉ SERA OBLIGÉ
D'ADHÉRER À LA MUTUELLE
OBLIGATOIRE SOUSCRITE PAR SON
EMPLOYEUR.

.../...

LA RÉSILIATION DE L'ANCIENNE MUTUELLE DU SALARIÉ POUR ADHÉRER À LA MUTUELLE OBLIGATOIRE DE SA NOUVELLE ENTREPRISE À VOTRE BON CŒUR M'SIEUR L'ASSUREUR !



LES SALARIÉS DOIVENT FAIRE PREUVE DE LA PLUS GRANDE VIGILANCE LORS DE LEUR ADHÉSION À LA MUTUELLE OBLIGATOIRE DE LEUR ENTREPRISE.

IL LEUR EST RECOMMANDÉ, DANS UN PREMIER TEMPS, DE DEMANDER À L'ASSUREUR DE LEUR MUTUELLE EN VIGUEUR, SI CE DERNIER ACCEPTE LE PRINCIPE DE LA RÉSILIATION POUR CAUSE D'ADHÉSION À LA MUTUELLE OBLIGATOIRE DE LEUR NOUVEL EMPLOYEUR.

ET, À DÉFAUT, DE SE PRÉVALOIR DU CAS DE DISPENSE PRÉVU PAR L'ARTICLE L.911-7 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AUPRÈS DE SON NOUVEL EMPLOYEUR, EN LUI FOURNISSANT SON ATTESTATION D'ASSURANCE MENTIONNANT LA DATE D'ÉCHÉANCE DE CETTE DERNIÈRE.

À DÉFAUT, IL SUPPORTERA LE RISQUE DE PAYER DEUX COTISATIONS.

À l'échéance de son contrat individuel, le salarié devra en demander la résiliation, par lettre recommandée, envoyée au moins 60 jours avant la date d'échéance, à son assureur, puis adhérer à la mutuelle obligatoire souscrite par son employeur. ●



DANS UN SOUCI D'EXHAUSTIVITÉ, LA LOI DEVRAIT INTÉGRER L'ADHÉSION À LA MUTUELLE OBLIGATOIRE DE SON NOUVEL EMPLOYEUR PAR LE SALARIÉ, COMME MOTIF DE RÉSILIATION DE PLEIN DROIT DE LA MUTUELLE SOUSCRITE ANTÉRIEUREMENT.

2. LES SUJETS ÉMERGENTS EN 2017

2.A LES SUJETS ÉMERGENTS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

UN LITIGE PEUT EN CACHER UN AUTRE

Une pluralité de sinistres appelle une analyse au cas par cas.

L'aléa est l'essence même du contrat d'assurance. De ce fait, les contrats d'assurance de protection juridique stipulent généralement une clause excluant de la garantie les litiges dont les faits constitutifs étaient connus de l'assuré avant la conclusion du contrat.

La détermination de l'antériorité du litige peut toutefois s'avérer délicate, en particulier en cas de pluralité de litiges.

À titre d'exemple, un assuré avait acquis, en indivision, antérieurement à la souscription de son contrat d'assurance, des parts d'anciens manuscrits auprès d'une société, à des fins de placement financier. Cette société a par la suite été placée en redressement judiciaire, puis en liquidation judiciaire.

L'assuré a alors sollicité la prise en charge des honoraires de son avocat, dans le cadre d'une procédure pénale à l'encontre du dirigeant de la société susvisée et dans le cadre d'une procédure en responsabilité dirigée contre l'administrateur judiciaire de la société.

L'assureur a refusé sa garantie dans le cadre de ces deux procédures au motif qu'il s'agissait d'un seul et même litige, dont les éléments

constitutifs étaient connus de l'assuré avant la souscription du contrat.

En l'espèce, la notion de litige était définie au contrat comme : « *une réclamation contre un tiers* ». Or, les deux procédures étaient dirigées contre deux tiers différents, de sorte qu'il devait être considéré qu'il s'agissait bien de deux litiges distincts.

Partant de ce constat, le Médiateur a alors recherché, litige par litige, s'il était établi que l'assuré avait connaissance des faits constitutifs antérieurement à la souscription.

S'agissant de la procédure pénale, le Médiateur a estimé qu'il existait bien un faisceau d'indices tendant à prouver la connaissance de l'assuré de ces éléments avant la souscription du contrat de protection juridique.

Inversement, s'agissant de la procédure civile, le Médiateur a considéré que l'assuré n'avait pas pu avoir connaissance, au moment de la souscription du contrat, des éléments constitutifs du litige, dès lors que celui-ci portait sur des fautes qui auraient été commises par l'administrateur judiciaire, 6 mois après la souscription. La garantie était donc due pour cette procédure. ●



L'ASSURÉ NE SAURAIT UTILEMENT ESPÉRER FAIRE COUVRIR PAR SON ASSUREUR DE PROTECTION JURIDIQUE UN CONTENTIEUX D'ORES ET DÉJÀ NOUÉ AU MOMENT DE LA SOUSCRIPTION.



L'ASSUREUR DE PROTECTION JURIDIQUE DOIT APPORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION À L'ÉVENTUELLE PLURALITÉ DES DEMANDES DE SON ASSURÉ ET, PAR SUITE, PROCÉDER À UNE ANALYSE LITIGE PAR LITIGE.

VOL DE NUIT

Les contrats d'assurance automobile délimitent l'étendue de la garantie par des conditions et des exclusions.



EN MATIÈRE D'EXCLUSION DE GARANTIE, LA CHARGE DE LA PREUVE PÈSE SUR L'ASSUREUR.

IL APPARTIENT DONC À CE DERNIER, LORS DE LA RÉDACTION DE SA POLICE, DE VÉRIFIER SI LA CLAUSE, QUELLE QUE SOIT SA FORMULATION, CONSTITUE UNE CONDITION DE GARANTIE OU UNE CLAUSE D'EXCLUSION.

EN EFFET, DANS LES CONTRATS CONCLUS ENTRE PROFESSIONNEL ET CONSOMMATEUR, TOUTE CLAUSE AYANT POUR EFFET DE MODIFIER LA RÉPARTITION DE LA CHARGE DE LA PREUVE CONSTITUE UNE CLAUSE ABUSIVE.

Il convient de rappeler qu'il appartient à l'assureur se prévalant d'une clause d'exclusion de garantie, de rapporter la preuve que les conditions d'application de celle-ci sont réunies et ce, même si les dispositions de la police d'assurance transfèrent la charge de la preuve sur l'assuré.

À titre d'exemple, à l'occasion d'une réclamation portant sur une garantie « *assurance des marchandises et animaux transportés* », il est apparu qu'une clause d'exclusion prévoyait : « *Nous ne garantissons pas le vol, la nuit entre 21 heures et 5 heures sauf si le véhicule est stationné dans un garage ou un enclos fermé à clé ou*

gardé. Il vous appartient de prouver que le vol s'est produit pendant la tranche horaire assurée ».

Cette clause – insérée dans une partie réservée aux exclusions de garantie – indiquant que l'assuré doit prouver que le sinistre s'est produit pendant des horaires indiqués au contrat, a pour effet d'inverser la charge de la preuve.

Le Médiateur a rappelé les principes concernant l'application d'une clause d'exclusion et a estimé, dans le cas soumis, que l'assureur ne rapportait pas la preuve que le sinistre s'était produit pendant la tranche horaire non garantie par le contrat. ●

LE « DÉVELOPPÉ-COUCHÉ »

Lors de la souscription d'un contrat d'assurance habitation, l'assureur demande à l'assuré de préciser la superficie de son habitation. Une problématique récente est apparue, relative à la notion contractuelle de « surface développée ».

L'assuré doit prêter la plus grande attention aux déclarations effectuées au moment de la souscription de son contrat d'assurance. 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.

Selon la jurisprudence la plus récente de la Cour de cassation, la fausse déclaration ne peut toutefois être sanctionnée qu'à condition qu'une question précise ait été posée à l'assuré, par l'assureur (Cass. civ. 2^e, 17 novembre 2016, n°15-24.819 ; Cass. civ. 2^e, 29 juin 2017, n°16-18.975).

Récemment, la Médiation a eu à connaître de dossiers dans lesquels l'assureur, au moment de la souscription du contrat, interroge l'assuré sur la « surface développée » du bien à assurer.

Une des définitions contractuelles utilisées était la suivante : « *la superficie obtenue en totalisant pour chaque bâtiment l'ensemble des superficies du rez-de-chaussée et de chacun des autres niveaux, épaisseur des murs comprise, étant entendu que les dépendances d'habitation sont comptées respectivement pour moitié de leur superficie ; est tolérée une erreur n'excédant pas 10 % de la superficie qui aurait dû être déclarée* ».

Dans des cas soumis à la Médiation, lorsque le souscripteur s'est trompé sur la surface déclarée du bien à assurer, des entreprises d'assurance avaient opposé une fausse déclaration (non intentionnelle) du risque et appliqué la règle proportionnelle, réduisant ainsi l'indemnité accordée à l'assuré.

Or, la difficulté découle ici du fait que les souscripteurs ou consommateurs ignorent cette donnée qui ne figure ni sur l'acte de propriété du bien, ni sur le bail.

En effet, la notion habituellement utilisée dans ces documents est celle de « *surface habitable* », définie par l'article R.111-2 du Code de la construction et de l'habitation comme étant : « *la surface de plancher construite, après déduction des surfaces occupées par les murs, cloisons, marches et cages d'escaliers, gaines, embrasures de portes et de fenêtres ; le volume habitable correspond au total des surfaces habitables ainsi définies multipliées par les hauteurs sous plafond [...]* ».

Dans le cadre de la procédure de médiation, il appartient ainsi à l'assureur de démontrer qu'il a posé une question précise au souscripteur, visant la notion spécifique de « *surface développée* » et surtout, explicitant cette dernière.

À défaut, l'entreprise d'assurance ne saurait se prévaloir d'une fausse déclaration du souscripteur. ●



L'ASSUREUR EST TENU DE DÉMONTRER QU'UNE QUESTION PRÉCISE VISANT LA NOTION SPÉCIFIQUE DE SURFACE DÉVELOPPÉE, ASSORTIE D'UNE DÉFINITION DIDACTIQUE, A ÉTÉ POSÉE À L'ASSURÉ, AU MOMENT DE LA SOUSCRIPTION.

UNE TELLE PREUVE POURRAIT ÊTRE RAPPORTÉE PAR L'INSERTION D'UNE DÉFINITION DANS LES CONDITIONS PARTICULIÈRES, OU PAR LA MENTION EXPRESSE D'UN RENVOI AUX CONDITIONS GÉNÉRALES CONCERNANT CETTE DÉFINITION.

À DÉFAUT, L'ENTREPRISE D'ASSURANCE NE SAURAIT OPPOSER À L'ASSURÉ L'EXISTENCE D'UNE FAUSSE DÉCLARATION DU RISQUE.

UN « BONUS-MALUS » FLOTTANT

En cas de changement d'assureur, la justification des années d'assurance est apportée, auprès du nouvel assureur, par le relevé d'informations établi par le précédent. Toutefois, l'assuré jusqu'alors couvert au titre d'un contrat d'assurance flotte automobile doit pouvoir justifier de ses antécédents par d'autres moyens.

À titre d'illustration, un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile afin de garantir son véhicule. Dans le cadre du calcul du coefficient de réduction-majoration (dit « *bonus-malus* »), l'assureur l'a invité à lui adresser ses anciens relevés d'informations justifiant sa sinistralité. Le réclamant a alors communiqué à l'assureur des attestations de ses précédents assureurs, lesquelles ont été considérées par l'assureur comme irrecevables.

En vertu de l'article 12 annexé à l'article A.121-1 du Code des assurances dans sa version alors en vigueur : « *L'assureur délivre au souscripteur un relevé d'informations lors de la résiliation du contrat par l'une des parties et dans les quinze jours à compter d'une demande expresse du souscripteur* ».

Par ailleurs, conformément à l'article 13 annexé à l'article A.121-1 du même code : « *Le conducteur qui désire être assuré auprès d'un nouvel assureur s'engage à fournir à celui-ci le relevé d'informations délivré par l'assureur du contrat qui le garantissait précédemment, au souscripteur de ce contrat* ».

En l'espèce, le réclamant n'était pas assuré à titre personnel précédemment, mais au titre d'un contrat d'assurance flotte automobile dans le cadre de ses fonctions uniquement. Par conséquent, aucun relevé d'informations n'avait pu lui être délivré, puisqu'il n'avait pas la qualité de souscripteur dudit contrat, et que celui-ci n'avait pas été résilié.

Conformément à l'article A.121-2 du Code des assurances, les contrats d'assurance flotte automobile ne sont pas impérativement soumis aux dispositions légales relatives au coefficient de réduction-majoration.

En outre, l'article A.121-1-1 du Code des assurances dispose que « *La justification des années d'assurance est apportée, notamment, par le relevé d'informations prévu à l'article 12 de l'annexe à l'article A.121-1 ou tout autre document équivalent, par exemple, si l'assurance est souscrite hors de France* ».

Au regard de la formulation employée, le Médiateur a considéré que la justification des années d'assurance peut être également apportée par tout autre document équivalent à un relevé d'informations, notamment par des attestations du précédent assureur. ●



DANS L'HYPOTHÈSE OÙ IL ÉTAIT PRÉCÉDEMMENT COUVERT AU TITRE D'UNE ASSURANCE FLOTTE AUTOMOBILE, L'ASSURÉ PEUT FOURNIR AU NOUVEL ASSUREUR TOUT DOCUMENT ÉQUIVALENT À UN RELEVÉ D'INFORMATIONS, AFIN DE JUSTIFIER DE SA SINISTRALITÉ.

DURA LEX SED LEX

L'assurance dommages-ouvrage appelle spécifiquement au plus grand respect des délais et procédures.

L'assurance dommages-ouvrage doit permettre au maître d'ouvrage d'obtenir un préfinancement rapide et efficace des désordres de nature décennale dont il est victime. Cet objectif s'exprime par l'instauration d'une procédure amiable de gestion du sinistre qui présente un caractère d'ordre public, strictement encadrée par les articles L.242-1 et A.243-1 du Code des assurances. L'assureur qui ne la respecterait pas s'expose à de lourdes sanctions.

En principe, l'assureur a un délai de 60 jours, à compter de la réception de la déclaration de sinistre « réputée constituée », pour notifier à l'assuré sa décision d'accepter ou de refuser sa garantie. Dans des cas soumis à la Médiation, l'assureur n'avait pas pris position dans le délai légal. Le Médiateur a alors dû lui rappeler que la garantie était nécessairement acquise à l'assuré.

Dans une telle occurrence, la Cour de cassation énonce en effet, de manière constante, que

l'assureur ne peut plus se prévaloir, ni de la prescription biennale, déjà acquise au jour de la réception de la déclaration du sinistre, ni de l'absence de gravité décennale des désordres, ni des limitations de garanties prévues par le contrat conformément aux clauses types.

Dans le cas d'espèce, la garantie étant acquise à l'assuré, le Médiateur a indiqué qu'il était autorisé, par le Code des assurances, à engager les dépenses nécessaires à la réparation des dommages. Il a, par ailleurs, été précisé à l'assureur que l'indemnité versée à l'assuré devait être majorée, de plein droit, au double du taux de l'intérêt légal.

Enfin, en l'absence de précision de la loi, le Médiateur a estimé que – conformément au droit commun – le point de départ de ces intérêts moratoires devait être la sommation de payer ou tout acte équivalent adressé par l'assuré à l'assureur. ●



L'ASSUREUR DOMMAGES-OUVRAGE DOIT VEILLER AU STRICT RESPECT DES DÉLAIS IMPOSÉS PAR LA LOI.



EN L'ABSENCE DE RESPECT DE CES DÉLAIS PAR L'ASSUREUR, L'ASSURÉ NE PEUT FAIRE PROCÉDER À LA REPRISE DES DÉSORDRES QU'APRÈS NOTIFICATION À L'ASSUREUR. EN OUTRE, LES DÉPENSES NÉCESSAIRES POUVANT ÊTRE ENGAGÉES PAR L'ASSURÉ SONT CELLES QUI CORRESPONDENT AU COÛT OBJECTIF DES TRAVAUX, ET NON AU COÛT ESTIMÉ PAR L'ASSURÉ LUI-MÊME.

ON N'EST JAMAIS MIEUX ASSURÉ QUE PAR SOI-MÊME

La garantie de travaux de construction par l'assurance de responsabilité civile du constructeur n'est jamais certaine.



DANS TOUT PROJET DE CONSTRUCTION, LE CONSOMMATEUR (MAÎTRE D'OUVRAGE) DOIT ATTACHER UN SOIN PARTICULIER À LA LECTURE DE L'ATTESTATION QUI LUI EST REMISE PAR LE CONSTRUCTEUR. DANS TOUS LES CAS, IL NE PEUT QUE LUI ÊTRE RECOMMANDÉ DE S'ASSURER LUI-MÊME EN SOUSCRIVANT UNE ASSURANCE DOMMAGES-OUVRAGE.



L'ASSUREUR DE RESPONSABILITÉ DÉCENNALE DOIT DÉLIVRER UNE ATTESTATION D'ASSURANCE RENSEIGNANT LE MAÎTRE D'OUVRAGE SUR LA NATURE PRÉCISE DES ACTIVITÉS DÉCLARÉES PAR LE CONSTRUCTEUR ASSURÉ.

L'assurance dommages-ouvrage permet au maître d'ouvrage, victime d'un sinistre de nature décennale, d'être directement et immédiatement indemnisé par son assureur et ce, en dehors de toute recherche de responsabilité. À défaut, il court le risque de ne pas pouvoir être indemnisé des désordres subis. Aussi est-elle par principe obligatoire en cas de construction d'un ouvrage.

Dans un cas d'espèce soumis à la Médiation, un maître d'ouvrage n'avait pas souscrit l'assurance dommages-ouvrage. Il n'avait donc pas d'autre choix – pour tenter d'obtenir l'indemnisation des désordres – que de s'adresser au constructeur et à son assureur de responsabilité décennale.

Ce dernier lui avait refusé toute indemnisation en lui indiquant que la garantie ne couvrait pas l'activité que le constructeur avait exercée en l'espèce sur le chantier. Ce que l'assuré ne comprenait pas, à la lecture de l'attestation d'assurance communiquée par le constructeur.

Le Médiateur a précisé à l'assuré que la garantie accordée par l'assureur ne concernait que le secteur d'activité professionnelle déclaré par le constructeur. En l'occurrence, la police d'assurance excluait – expressément et formellement – de la garantie « toute activité de construction de maison individuelle ». L'exclusion figurait également sur l'attestation d'assurance. Or, le contrat conclu en l'espèce par le maître d'ouvrage avec le constructeur était précisément un contrat de construction de maison individuelle. La garantie ne pouvait donc pas jouer au profit du maître d'ouvrage.

Ainsi le particulier qui fait réaliser des travaux de construction pense-t-il, parfois à tort, que le constructeur attributaire du marché a souscrit une assurance de responsabilité décennale, couvrant nécessairement les désordres ultérieurement déclarés. L'étendue de la garantie dépend en réalité de la déclaration du risque qui a été effectuée par le constructeur, auprès de son assureur. ●

2.B LES SUJETS ÉMERGENTS EN ASSURANCE DE PERSONNES

BIENVENUE DANS *GAME OF THRONES*

Le principe est la capacité juridique des majeurs. Certains majeurs se voient toutefois placés sous un régime de protection – tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice. Se pose alors la question des opérations sollicitées sur les contrats d'assurance-vie par le souscripteur soumis à protection.



EN CAS DE FAIBLESSE DU SOUSCRIPTEUR, IL EST RECOMMANDÉ À SES PROCHES DE RECOURIR À UNE MESURE DE PROTECTION AFIN D'ÉVITER LA CONTESTATION ULTÉRIEURE DES OPÉRATIONS EFFECTUÉES SUR LES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE.

Le souscripteur sollicite une modification de la clause bénéficiaire de son contrat d'assurance-vie, antérieurement à sa mise sous protection. À la suite de son décès, les bénéficiaires initiaux, remplacés, font valoir que la modification de la clause, intervenue peu de temps avant la mise sous protection, n'aurait pas dû être prise en compte par l'assureur.

Le fait est que le souscripteur était capable au jour de l'acte. Pour autant, l'article 464 du Code civil prévoit la possibilité de faire annuler, par voie judiciaire et sous certaines conditions, les actes accomplis par le majeur protégé dans les 2 ans précédant la publicité du jugement d'ouverture de mise sous protection. Les bénéficiaires évincés demeurent donc libres de saisir les tribunaux à cette fin.

La Médiation a été saisie par des tuteurs,

membres de la famille du majeur protégé, souhaitant procéder à la modification de la clause bénéficiaire du contrat souscrit par leurs protégés, parfois à leur propre bénéfice ou à celui de leurs enfants. Les assureurs conditionnaient l'acceptation de cette demande de modification à une autorisation du juge des tutelles.

L'article L.132-4-1 alinéa 1 du Code des assurances dispose : « *Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la souscription ou le rachat d'un contrat d'assurance sur la vie ainsi que la désignation ou la substitution du bénéficiaire ne peuvent être accomplis qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué. Après l'ouverture d'une curatelle, ces mêmes actes ne peuvent être accomplis qu'avec l'assistance du curateur* ».

Le Médiateur confirme que le refus par l'assureur

de modifier la clause bénéficiaire du contrat du majeur protégé, sur la seule demande de son tuteur, est fondé.

À l'inverse, la Médiation a été amenée à se prononcer dans des cas où l'assureur refusait de prendre en compte une demande de modification de clause bénéficiaire, alors même que l'assuré ne faisait pas l'objet d'une mesure de protection.

Dans un cas, la clause bénéficiaire initiale désignait, par parts égales, les deux enfants de la souscriptrice, alors âgée de 92 ans. L'un des fils avait remis à l'assureur – en agence et en l'absence de sa mère – un courrier rédigé de sa main, sur lequel sa mère avait seulement apposé sa signature, où il se désignait seul bénéficiaire du contrat, dont il souhaitait immédiatement accepter le bénéfice.

L'assureur a refusé de prendre en compte la modification de la clause bénéficiaire du contrat, à défaut de pouvoir s'assurer de la volonté de la souscriptrice.

Le Médiateur a rappelé que la Cour de cassation avait été amenée, dans une espèce similaire, à valider la position des juges du fond qui avaient « *souverainement estimé qu'il n'était pas établi que le souscripteur ait eu connaissance du contenu et de la portée exacte du document au bas duquel il avait apposé sa signature, ni qu'il ait exprimé la volonté certaine et non équivoque de modifier les bénéficiaires du contrat* ».

Ainsi l'assureur ne peut-il être critiqué pour avoir pris les précautions nécessaires afin de s'assurer de la volonté certaine et non équivoque de sa cliente. ●



DANS LE CADRE DE DOSSIERS IMPLIQUANT UN MAJEUR SOUS PROTECTION, L'ASSUREUR DOIT SE MONTRER VIGILANT SUR LES OPÉRATIONS QUI PEUVENT OU NON ÊTRE EFFECTUÉES PAR LE MAJEUR SEUL.

EN TOUTE HYPOTHÈSE, L'ASSUREUR QUI PERÇOIT UN ÉTAT DE FAIBLESSE DU SOUSCRIPTEUR EST INVITÉ À SOLLICITER LES ÉLÉMENTS PERMETTANT DE S'ASSURER DE SA VOLONTÉ CERTAINE ET NON ÉQUIVOQUE, AVANT TOUTE MODIFICATION D'UNE CLAUSE BÉNÉFICIAIRE.

N'OUBLIE JAMAIS

La dépendance par Alzheimer ne doit pas faire oublier aux assurés leurs droits.



EN L'ABSENCE D'INFORMATION SUR LA SOUSCRIPTION ÉVENTUELLE D'UN TEL CONTRAT, AU BÉNÉFICE DU TOUT NOUVEAU DISPOSITIF MIS EN PLACE PAR LA PROFESSION DE L'ASSURANCE, LE MÉDIATEUR INVITE LES PROCHES À SOLLICITER L'AGIRA POUR SAVOIR SI UN CONTRAT DÉPENDANCE A ÉTÉ SOUSCRIT. LE CAS ÉCHÉANT, L'ASSUREUR LES CONTACTERA DANS LE MOIS SUIVANT LA DEMANDE.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSUREURS, À L'OCCASION DE LEUR COMMUNICATION ANNUELLE, À DÉLIVRER UNE INFORMATION PÉDAGOGIQUE ET SYNTHÉTIQUE AFIN DE RAPPELER LE CONTENU DES GARANTIES COUVRANT SPÉCIFIQUEMENT DES AFFECTIONS NEURODÉGÉNÉRATIVES, TOUT PARTICULIÈREMENT QUAND LES ASSURÉS DÉPASSENT 70 ANS, DE SORTE D'ÉCLAIRER PLEINEMENT LEURS PROCHES, SI NÉCESSAIRE.

Un assuré avait souscrit un contrat d'assurance prévoyant le versement d'une rente viagère en cas de dépendance.

Plusieurs années plus tard, l'assuré atteint d'une affection neurodégénérative est déclaré dépendant et obtient le bénéfice de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie.

Dans l'ignorance par les enfants de la souscription d'un tel contrat, la déclaration de perte d'autonomie est faite auprès de l'assureur longtemps après.

En pratique, l'attention de l'entourage de l'assuré aurait pu être attirée par l'existence de prélèvements périodiques sur le compte de l'assuré, correspondant au règlement des primes.

L'assureur, conformément aux dispositions contractuelles, a accepté de délivrer sa garantie, mais seulement à compter de la déclaration de perte, sans faire remonter la couverture à la date de la perte effective de l'autonomie, ce que réclamaient les enfants.

Le contrat prévoyait classiquement le versement d'une rente trimestrielle à compter de la déclaration et tant que l'assuré était vivant et at-

teint de démence sénile invalidante ou de la maladie d'Alzheimer, constatée par un rapport médical et après examen des résultats de tests psychotechniques, pratiqués par un neuropsychiatre.

Un rapport d'expertise diligenté par l'assureur à la suite de la déclaration précisait que « l'état [de l'assurée] décrit est définitif depuis le 26/07/2012 ».

Le Médiateur a constaté que l'assureur avait fait une stricte application des dispositions contractuelles, mais au titre exclusivement de l'équité, a invité ce dernier à délivrer sa garantie, non pas à compter de la perte, mais à compter de la date à laquelle l'état de dépendance avait été jugé définitif, par son propre expert médical.

La difficulté en l'occurrence découle de la connaissance de la couverture de la maladie d'Alzheimer. Par essence, la survenance de cette affection accroît sensiblement la probabilité pour l'assuré de ne plus avoir en mémoire l'existence de la garantie souscrite, et pour ses proches d'en ignorer l'existence.

Le vieillissement de la population française va mécaniquement multiplier de telles occurrences.●

RIEN NE SERT DE COURIR, IL FAUT PARTIR À POINT

À l'image de la Tortue de la fable, l'assuré qui souhaite la prise en compte d'une opération sur son contrat d'assurance-vie avant une date précise, doit s'y prendre à temps. Le contrat prévoit la date d'effet de chaque opération, de sorte que l'assuré soit bien informé du jour où il doit émettre sa demande pour que l'opération voulue ne soit pas effectuée postérieurement à la date utile.

Certains titulaires de contrats d'assurance-vie désirent procéder à un rachat avant une date précise, afin de bénéficier d'un avantage fiscal, ou de débloquer les sommes pour un investissement immobilier à une date déterminée.

La Médiation a été saisie d'un litige dans lequel le souscripteur avait sollicité auprès de son courtier, le 27 décembre 2016, un rachat partiel d'un montant de 30 000 euros.

L'assureur a procédé au rachat partiel en date du 2 janvier 2017.

Le souscripteur a contesté le délai d'exécution de son opération, faisant notamment valoir qu'il l'avait sollicitée en 2016 afin de bénéficier de l'abattement d'assiette prévu à l'article 125-0 A du Code général des impôts.

Les stipulations contractuelles prévoyaient que « *chaque opération prend effet au plus tôt le lendemain de la réception de la demande par l'assureur, en fonction du plus long des délais d'investissement/désinvestissement des actifs intervenant dans l'opération* ».

En l'espèce, la demande de rachat reçue le 29 décembre 2016 par l'assureur, a été saisie dès le 30 décembre, pour une prise d'effet le jour ouvré suivant, soit le 2 janvier 2017. L'assureur a donc fait une correcte application des stipulations contractuelles.

Le Médiateur a alors rappelé que, dans le cadre d'un contrat d'assurance-vie en unités de compte, l'assureur est le détenteur desdites unités de compte.

La gestion des fonds placés en unités de compte au sein d'un contrat d'assurance-vie doit être distinguée de la gestion d'OPCVM détenus, par exemple, dans le cadre de comptes titres. Dans ce dernier cas, tout ordre passé en ligne a normalement un effet instantané, dans la limite des horaires d'ouverture.

Quant à la gestion de contrats d'assurance-vie, elle reste soumise à des délais de traitement incompressibles.

Au surplus, il convient de rappeler que la date d'effet des opérations est obligatoirement mentionnée au sein du contrat souscrit. Dès lors, la seule obligation de l'assureur est de satisfaire à ses obligations contractuelles en respectant cette date, indépendamment du délai effectif nécessaire.

En tout état de cause, l'article L.132-21 du Code des assurances dispose, en son alinéa 3 : « *En cas de demande de rachat du contrat par le contractant, l'entreprise d'assurance ou de capitalisation lui verse la valeur de rachat du contrat dans un délai qui ne peut excéder deux mois* ». ●



L'ASSURÉ QUI SOUHAITE QUE LE RACHAT DE SON CONTRAT SOIT EFFECTIF AVANT UNE DATE PRÉCISE – À L'IMAGE DU 31 DÉCEMBRE DE L'ANNÉE EN COURS – DOIT ANTICIPER LES DÉLAIS INHÉRENTS À UNE TELLE OPÉRATION ET FORMULER SA DEMANDE SUFFISAMMENT TÔT.



L'ASSUREUR EST INVITÉ À ATTIRER DAVANTAGE L'ATTENTION DU SOUSCRIPTEUR SUR LES SPÉCIFICITÉS DE SON CONTRAT, ET LEURS CONSÉQUENCES, EN TERMES DE DÉLAIS.

UNE PRATIQUE CONSISTANT À TRANSMETTRE UNE INFORMATION SPÉCIFIQUE AU COURS DES DERNIÈRES SEMAINES DE L'ANNÉE, POURRAIT ÊTRE UTILEMENT GÉNÉRALISÉE SUR LES ESPACES CLIENT EN LIGNE.

WHAT IS THE QUESTION ?

Par principe, la déclaration inexacte emporte application des seuls articles L.113-8 et -9 du Code des assurances.



L'ASSUREUR DOIT ÉTABLIR DES QUESTIONNAIRES DE SANTÉ ET FORMULAIRES DE DÉCLARATION DU RISQUE LES PLUS EXPLICITES ET PRÉCIS POUR POUVOIR METTRE EN ŒUVRE LES SANCTIONS LÉGITIMEMENT PRÉVUES PAR LE CODE DES ASSURANCES, EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION.



LORS DE L'ADHÉSION, L'ASSURÉ DOIT VEILLER À RÉPONDRE LE PLUS EXACTEMENT POSSIBLE À L'ENSEMBLE DES QUESTIONS QUI LUI SONT POSÉES. UNE DÉCLARATION INEXACTE DU RISQUE PEUT CONDUIRE À DE LOURDES SANCTIONS, NOTAMMENT LA NULLITÉ DU CONTRAT D'ASSURANCE.

La déclaration du risque est préalable à l'adhésion au contrat d'assurance et découle de l'article L.113-2 du Code des assurances. Cette disposition impose à l'assuré de répondre exactement aux questions posées par l'assureur lors de son adhésion, afin de permettre à l'assureur d'évaluer avec exactitude le risque à garantir. En cas de manquement à cette obligation, l'assuré encourt deux sanctions, prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances : la nullité du contrat d'assurance, assortie de la non-restitution des primes en cas de fausse déclaration intentionnelle, ou la réduction proportionnelle de l'indemnité si la déclaration inexacte du risque est effectuée de bonne foi.

La condition de garantie, quant à elle, est d'origine purement contractuelle. Elle a pour objet de définir les modalités de délivrance de la garantie lors de la réalisation du sinistre.

La Cour de cassation a semé le doute quant à l'articulation de ces deux notions, par un arrêt rendu le 14 avril 2016 (Cass. 2^e civ., 14 avr. 2016, n^o 14-19961 et 14-21367). En l'espèce, la déclaration exacte du risque était érigée en condition de garantie. À la suite d'une déclaration inexacte du risque, par l'assuré, lors de son adhésion, la société d'assurance a refusé la délivrance de sa garantie, non pas sur le fondement des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, mais au seul motif que la condition de garantie relative à la déclaration exacte du risque, lors de l'adhésion, n'était pas remplie.

Un tel raisonnement reste toutefois à manier avec précaution. En effet, cette décision, non publiée au *Bulletin*, n'a pas été réitérée.

Aussi le Médiateur rappelle-t-il aux entreprises d'assurance que les dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances restent en principe seules applicables, en cas de fausse déclaration du risque. ●

L'ASSURANCE DE CÉSAR BIROTTEAU

La liquidation judiciaire d'une entreprise induit une interrogation sur la portabilité des droits à l'assurance de ses ex-salariés.

L'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale prévoit le maintien, à titre gratuit, de la complémentaire prévoyance souscrite par l'employeur, en cas de cessation du contrat de travail. À ce sujet, un doute subsistait, jusque récemment, concernant la situation des salariés licenciés à la suite du placement en liquidation judiciaire de l'entreprise souscriptrice. En théorie, les « *garanties maintenues* » doivent être, selon les dispositions de l'article L.911-8, « *celles en vigueur dans l'entreprise* ». Mais de quelles garanties s'agit-il en pratique si l'entreprise n'existe-plus ?

Concomitamment aux décisions des juges du fond, la Médiation fut saisie de cette problématique par un assuré faisant valoir que l'assureur devait, en vertu de l'engagement pris par le liquidateur judiciaire, maintenir, à titre gratuit et durant 12 mois, les garanties du contrat de complémentaire santé souscrit par son employeur placé en liquidation judiciaire.

Pour rappel, la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 prévoyait la remise, avant le 1^{er} mai 2014, d'un rapport relatif aux modalités de prise en charge du maintien de couvertures santé et prévoyance pour les salariés, lorsqu'une entreprise est en situation de liquidation judiciaire. À ce jour, aucun rapport n'a été établi.

Face à ce vide juridique, les juridictions du fond ont saisi pour avis la Cour de cassation. Cette dernière a précisé que « *Les dispositions de*

l'article L.911-8 du code de la Sécurité sociale sont applicables aux anciens salariés licenciés d'un employeur placé en liquidation judiciaire qui remplissent les conditions fixées par ce texte. Toutefois, le maintien des droits implique que le contrat ou l'adhésion liant l'employeur à l'organisme assureur ne soit pas résilié ».

Ainsi, les garanties dont bénéficient les salariés licenciés, à la suite du placement en liquidation judiciaire de l'entreprise, sont celles du contrat d'assurance encore en vigueur, pour autant qu'il n'ait pas été ou ne soit pas résilié de manière régulière, et que le licenciement ne soit pas dû à une faute lourde.

Dans ce cas, le Médiateur a reconnu partiellement fondée la demande formulée par l'assuré licencié, reconnaissant que son droit à indemnisation s'était ouvert avant la résiliation du contrat d'assurance.

Pour mémoire, la résiliation du contrat peut intervenir sur le fondement : soit de l'article L.641-11-1 du Code de commerce, soit de l'article L.113-12 du Code des assurances, relatif à la résiliation annuelle. En pratique, à travers le recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la Fédération Française de l'Assurance, la profession s'est engagée à mutualiser le risque de défaillance des entreprises souscriptrices en difficulté, afin de maintenir les droits des salariés adhérents. ●



S'IL INVOQUE LA RÉSILIATION DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF, L'ASSUREUR DOIT ÊTRE À MÊME DE PROUVER QU'IL A VEILLÉ AU RESPECT DU FORMALISME IMPOSÉ PAR LES TEXTES, SOUS PEINE DE RENDRE LA PROCÉDURE IRRÉGULIÈRE.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS À CONSERVER, SUR TOUT SUPPORT DURABLE, LES JUSTIFICATIFS (FACTURES, DEVIS...) DES DÉPENSES DE SANTÉ INTERVENUES DURANT LA PÉRIODE DE PORTABILITÉ DE LEURS DROITS.

UN DE PERDU... UN DE PERDU !

Si la véracité du célèbre proverbe n'a jamais été prouvée concernant les peines de cœur, il est possible d'affirmer qu'il ne saurait s'appliquer aux contrats d'assurance. Les règles relatives à la charge de la preuve donnent à chacun un rôle à jouer concernant la preuve de l'existence du contrat ou du paiement du capital.



LE PAIEMENT DU CAPITAL APPELLE LA PREUVE DE L'EXISTENCE DU CONTRAT. AUSSI LES ASSURÉS PORTERONT-ILS LA PLUS GRANDE ATTENTION À LA CONSERVATION DE LEURS DOCUMENTS CONTRACTUELS.



LA CONSTRUCTION DE NOS LÉGISLATIONS PROCÈDE, PAR TROP SOUVENT, D'UNE APPROCHE EN CHEMINÉE, GÉNÉRATRICE D'UNE FORME DE SCHIZOPHRÉNIE. AINSI L'UNION EUROPÉENNE VIENT-ELLE D'ARRÊTER, AVEC UNE RARE FORCE AU REGARD DES PÉNALITÉS PRÉVUES, LE RÈGLEMENT GÉNÉRAL SUR LA PROTECTION DES DONNÉES (RGPD), VISANT À LIMITER DRASTIQUEMENT LA CONSERVATION D'INFORMATIONS PERSONNELLES. CETTE DIMENSION AURA CLAIREMENT TOUTE SA PLACE DANS L'APPRÉCIATION DE LA PORTÉE DES PREUVES ÉCHANGÉES.

Des réclamants font valoir qu'ils ont souscrit un contrat il y a bien longtemps... Ils précisent ne pas se souvenir que le capital leur ait été versé. L'assureur affirme ne pas retrouver trace dudit contrat dans ses comptes, de sorte qu'il en déduit que le capital a bien été réglé en temps utile.

Il convient de rappeler les règles de preuve pesant sur chacune des parties.

L'article 1353 nouveau du Code civil dispose : « Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation ».

L'assuré qui sollicite le paiement du capital doit donc apporter la preuve de l'existence du contrat. Le réclamant qui indiquerait avoir souscrit un contrat 20 ans plus tôt, dont il n'a conservé trace ni de la souscription, ni de versements éventuels, ne pourrait voir sa demande en paiement prospérer.

En revanche, s'il produit un élément contractuel – les conditions particulières de son contrat par exemple –, il apporte bien la preuve de l'existence du contrat.

L'assureur doit alors apporter la preuve de l'extinction de son obligation, le plus souvent

par le règlement des capitaux. Le nouvel article 1342-8 du Code civil consacre la jurisprudence antérieure, en disposant que « *Le paiement se prouve par tout moyen* ».

Le Médiateur analyse les éléments soumis à son étude, afin de déterminer si un faisceau d'indices concordants rend vraisemblable le paiement.

L'assureur ne saurait utilement se retrancher derrière le seul article L.123-22 du Code de commerce, selon lequel « *Les documents comptables et les pièces justificatives sont conservées pendant 10 ans* », pour justifier qu'il n'a pas conservé,

au-delà de cette durée, les éléments apportant la preuve du paiement.

Ce texte ne vise qu'une obligation de nature purement comptable, indépendante des exigences probatoires qui s'imposent à une partie à un contrat, pour pouvoir justifier de ses droits ou de l'exécution de ses obligations, dans les délais de prescription applicables. ●



IL INCOMBE À L'ASSUREUR DE CONSERVER, SINON L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS CONTRACTUELS, DU MOINS CEUX QUI JUSTIFIENT DE SA LIBÉRATION, TANT QU'IL DEMEURE EXPOSÉ À UN ÉVENTUEL RECOURS DE SON ASSURÉ OU DE SES AYANTS-DROIT. CELA SIGNIFIE QU'IL DOIT CONSERVER LES ÉLÉMENTS DE PREUVE NÉCESSAIRES JUSQU'AU TERME DU CONTRAT, SUR TOUT SUPPORT DURABLE, AUGMENTÉ À TOUT LE MOINS DU DÉLAI DE PRESCRIPTION APPLICABLE À L'ACTION EN PAIEMENT. PAR PRUDENCE, IL DEVRAIT MÊME ATTENDRE 20 ANS APRÈS L'EXPIRATION DE CE TERME POUR ÊTRE ASSURÉ QU'UNE CAUSE D'INTERRUPTION OU DE SUSPENSION DE LA PRESCRIPTION NE PUISSE PLUS RETARDER SA LIBÉRATION.

RACHETABLE *OR* NOTRACHETABLE

Lors de la souscription d'un contrat, l'assuré, pourtant dûment informé de la nature de son contrat, ne saisit pas toujours les conditions propres à autoriser le rachat des sommes épargnées.

Sur le marché de l'assurance, il existe aujourd'hui divers types de contrats, allant du simple contrat de prévoyance, au contrat d'assurance sur la vie de type épargne, jusqu'au contrat dits de retraite.

Ces contrats relèvent de cadres juridiques distincts.

Certains contrats dits de « purs risques », tels les contrats de prévoyance, obéissent à des règles propres et ne sont, par essence, pas « rachetables ». Aussi les assurés ne peuvent-ils pas récupérer les sommes versées puisqu'il s'agit d'une opération de prévoyance et non d'un placement.

Les contrats de retraite, dont le régime est strictement encadré par la loi, hormis les cas de rachat exceptionnels prévus à l'article L.132-23 du Code des assurances, n'offrent pas de faculté de rachat et prévoient la seule perception d'une rente viagère, offrant la garantie de disposer d'un revenu régulier jusqu'au décès.

Par suite, les héritiers s'en trouvent dépossédés, « à l'heureuse exception » du conjoint survivant en cas d'option pour une réversion (totale ou partielle).

Enfin, et *a contrario*, les contrats d'épargne bénéficient d'une faculté de rachat.

La Médiation est saisie de nombreux litiges portant sur la possibilité de récupérer les sommes acquises sur des contrats dits « non rachetables », notamment des contrats retraite : type Madelin, PERP, article 82 du Code général des impôts...

Ces contrats ont pour unique dessein le versement d'une rente supplémentaire au moment du départ en retraite de l'assuré. Une sortie en capital est donc, en principe, à exclure. Il est encore nécessaire de préciser que l'impossibilité de procéder au rachat ou de sortir en capital ne découle pas d'une clause contractuelle ou de la volonté de l'assureur. En effet, il s'agit de l'application des dispositions légales



AU REGARD DE L'ACCROISSEMENT DE LA LONGÉVITÉ DES ÉPARGNANTS, LES PRODUITS RETRAITE REVÊTENT LA PLUS GRANDE LÉGITIMITÉ. LEURS CARACTÉRISTIQUES DOIVENT SIMPLEMENT ÊTRE PARFAITEMENT EXPLICITÉES AUX ASSURÉS EN AMONT DE LEUR SOUSCRIPTION.

d'ordre public, réglementant ces contrats et représentant la contrepartie recherchée par le législateur de pérenniser les revenus des épargnants.

Les souscripteurs de tels contrats ne perçoivent pas toujours que l'objectif poursuivi est le versement d'une rente viagère lors de la liquidation de la retraite. Ils tentent de mettre en avant un défaut de conseil ou d'information à la souscription du contrat pour recueillir de préférence un capital.

Il revient alors au Médiateur de vérifier que les documents contractuels comportent les informations nécessaires à la parfaite compréhension du contrat souscrit.

Par ailleurs, le fait que de tels contrats ne soient pas rachetables a des conséquences sur les éventuelles modalités de transfert des sommes acquises. En effet, s'il peut être admis qu'un assuré puisse transférer les sommes acquises d'un contrat à un autre, encore faut-il que ceux-

ci dépendent du même régime fiscal.

À titre d'illustration, transférer un contrat retraite dépendant du régime « article 82 du Code général des impôts », c'est-à-dire en principe bloqué jusqu'à l'âge légal de la retraite, et offrant le bénéfice d'avantages fiscaux, vers un contrat d'épargne, n'est pas, en l'état de notre législation, envisageable.

Un tel transfert irait à l'encontre de l'esprit même du contrat retraite initialement souscrit et entraînerait de délicates conséquences fiscales.

Les contrats les plus anciens ne délivrent pas toujours des informations suffisantes sur la question des rachats et du transfert des sommes acquises. Aussi, dans de telles hypothèses, le Médiateur est conduit à apporter les éclaircissements nécessaires au souscripteur. ●



L'ASSURÉ D'UN CONTRAT PRÉVOYANT LE VERSEMENT D'UNE RENTE LORS DE LA LIQUIDATION DE SA RETRAITE, DOIT SE MONTRER ATTENTIF LORS DE SA SOUSCRIPTION.

IL DOIT GARDER À L'ESPRIT QU'EN CAS D'ACCIDENT DE LA VIE, LE CONTRAT NE SERA NI RACHETABLE (HORS CAS DE RACHATS EXCEPTIONNELS), NI TRANSFÉRABLE VERS UN CONTRAT SOUMIS À UN RÉGIME FISCAL DIFFÉRENT.

POUR AUTANT, AU REGARD DE SON ESPÉRANCE DE VIE ACTUARIELLE DONT IL EST TROP RAREMENT CONSCIENT, UNE PART SIGNIFICATIVE DE SON ÉPARGNE DOIT ÊTRE CONSACRÉE À DE TELLES SOLUTIONS VIAGÈRES.

L'IGNORANCE SOURCE DE VERTU ?

L'inaction d'un assuré lors de la survenance du terme de son contrat retraite ne saurait être trop durement sanctionnée. L'assureur doit être vigilant sous peine de devoir procéder au versement rétroactif des rentes en cas de règlement tardif.



L'ASSUREUR PROCÉDANT À LA RÉGULARISATION RÉTROACTIVE DE RENTES POSTÉRIEUREMENT À LEUR MISE EN SERVICE DOIT RECALCULER LE MONTANT DES ARRÉRAGES QUI AURAIENT ÉTÉ DUS SI LE CONTRAT AVAIT ÉTÉ LIQUIDÉ AU TERME INITIALEMENT PRÉVU (EX : 65^e ANNIVERSAIRE) ET EN DÉDUIRE LES SOMMES ÉVENTUELLEMENT DÉJÀ VERSÉES. UNE ACTUALISATION DES RENTES FUTURES EST ÉGALEMENT NÉCESSAIRE.



LE VERSEMENT RÉTROACTIF DES RENTES EST SUSCEPTIBLE D'AVOIR UNE INCIDENCE FISCALE POUR L'ASSURÉ DANS LA MESURE OÙ « LES RENTES VIAGÈRES CONCOURRANT À LA FORMATION DU REVENU GLOBAL SERVANT DE BASE DE L'IMPÔT SUR LE REVENU » (ARTICLE 79 DU CODE GÉNÉRAL DES IMPÔTS). SI TEL EST LE CAS, IL LUI APPARTIENDRA DE FAIRE SIEN LE TRAITEMENT FISCAL DES SOMMES PERÇUES.

Dans le cadre de la lutte contre les contrats en déshérence, le législateur a renforcé les obligations des assureurs, notamment en matière de recherche des bénéficiaires des avoirs non réclamés. Ce dispositif, communément admis pour les contrats non réglés à la suite du décès de l'assuré, vaut également pour ceux arrivés à terme.

Il peut aboutir au règlement de contrats échus depuis plusieurs années, à l'image des contrats de retraite complémentaire dont la rente est alors mise en service très postérieurement au départ à la retraite de l'assuré.

Il appartient normalement à l'assuré de solliciter la liquidation de sa retraite.

Toutefois, la Médiation est régulièrement saisie par des réclamants qui ont oublié l'existence de leur contrat, ou qui indiquent ne jamais en avoir eu connaissance. Cette problématique est particulièrement présente en matière d'assurance collective à adhésion obligatoire, lorsque le contrat est souscrit par un employeur, au profit de ses salariés.

En pratique, il convient de s'intéresser à la manière dont est rédigée la clause des conditions générales relative au terme du contrat, en particulier concernant la date de liquidation de la rente.

S'il est prévu que celle-ci intervienne à une date connue de l'assureur, alors ce dernier commet une faute en restant inactif lors de sa survenance. Tel est le cas de la clause prévoyant que la rente sera versée à compter des 65 ans de l'affilié. L'assureur connaissant nécessairement la date de naissance de l'assuré, il est en mesure de déterminer celle de son 65^e anniversaire. Dans ces conditions, l'assuré apparaît fondé à demander le versement rétroactif de ses rentes à compter de son 65^e anniversaire, dans la limite de la prescription applicable.

Il en va autrement lorsque la liquidation est subordonnée à la survenance d'un événement non planifiable, à l'image du départ à la retraite de l'assuré. Ce dernier est alors tenu d'informer son assureur qui ne peut, de lui-même, connaître la date de retrait de la vie active de l'assuré. Dans ce cas, l'assuré ne saurait être fondé à demander le versement rétroactif de ses rentes. Afin d'éviter cet écueil, la réglementation impose désormais à l'assureur d'adresser annuellement une information à l'assuré.

À l'avenir, cette problématique devrait encore s'estomper. Le nouvel article L.132-9-5 du Code des assurances prévoit, en effet, l'obligation pour l'assureur d'informer annuellement les assurés ayant dépassé la date légale de liquidation de leur pension de vieillesse de la possibilité de liquider les prestations au titre de contrats retraite. ●

3. LES SUJETS RÉCURRENTS

3.A LES SUJETS RÉCURRENTS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

ET PLUS SI AFFINITAIRES (LE RETOUR)

Les assurances affinitaires (assurance voyage, téléphonie mobile...), secteur spécifique en constant développement, font beaucoup parler d'elles, en particulier par suite de leurs modalités de distribution. Les assurés se tournent régulièrement vers la Médiation, dénonçant une insuffisante information à la souscription, ainsi qu'une interprétation restrictive des clauses contractuelles par l'entreprise d'assurance.

Les assurances dites « affinitaires » sont accessoires à la vente d'un bien ou d'un service. En pratique, ces contrats sont distribués par des non-professionnels de l'assurance. Cette caractéristique apparaît source de nombreux litiges.

Trop souvent, l'assuré n'est pas conscient de la portée des exclusions de son contrat, ni de la restriction des définitions contractuelles. Aussi pense-t-il être garanti et déclare de bonne foi à son assureur un sinistre n'entrant pas dans le champ de garantie.

Tel est régulièrement le cas lorsque l'assuré sollicite la mobilisation de la garantie casse après avoir fait tomber son téléphone portable. Or, les polices subordonnent le plus souvent la garantie à l'existence d'un sinistre accidentel, impliquant une cause extérieure à l'assuré.

En l'absence d'une telle cause extérieure, le Médiateur est conduit à rappeler que 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.

Il en ressort néanmoins que dans l'application de ces contrats, la bonne foi peut être paradoxalement sanctionnée.

Le danger consiste à conduire les assurés à adapter leurs déclarations de sinistre, en fonction de leurs garanties contractuelles, afin de tenter de bénéficier d'une indemnisation.

Une formation accrue des distributeurs sur les contrats d'assurance commercialisés serait de nature à protéger les consommateurs et à éviter de tels litiges. La récente directive sur la distribution d'assurance a néanmoins choisi de ne pas aligner les obligations des intermédiaires à titre accessoire sur celles des intermédiaires en assurance, manquant ainsi une occasion de renforcer l'information des consommateurs. ●



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



IL APPARTIENT AUX ENTREPRISES D'ASSURANCE, EN LEUR QUALITÉ DE « PORTEURS » DU RISQUE, DE MAÎTRISER LA COMMERCIALISATION DE LEURS PRODUITS, EN VEILLANT NOTAMMENT À UNE PRÉSENTATION CLAIRE, PRÉCISE ET NON TROMPEUSE DES CONTRATS PROPOSÉS.

LA PREUVE IMPOSSIBLE

La garantie vol, dans le cadre des contrats d'assurance automobile, est souvent conditionnée à l'existence d'une effraction et parfois même, à certains types d'effraction seulement. Certains contrats garantissent le vol « simple », l'effraction n'étant pas érigée comme condition de garantie mais comme un élément de preuve pouvant démontrer le vol.



EN CAS DE VOL, L'ASSURÉ PEUT SE TROUVER DANS L'INCAPACITÉ DE DÉMONTRER FORMELLEMENT LE SINISTRE. FACE À UNE PREUVE IMPOSSIBLE À RAPPORTER, IL LUI APPARTIENDRAIT DE TENTER D'ÉTABLIR QUE LES CONDITIONS DE GARANTIE SONT REMPLIES ET DE DÉMONTRER PAR TOUT MOYEN LA MATÉRIALITÉ DU SINISTRE.



EN CAS DE DOUTE DE L'ASSUREUR SUR L'EXISTENCE MÊME DU SINISTRE OU SES CONDITIONS DE RÉALISATION, IL LUI REVIENT DE DÉMONTRER QUE LES FAITS N'ONT PU SE PRODUIRE COMME L'ASSURÉ LES A DÉCLARÉS.

DÈS LORS, EN L'ABSENCE DE PREUVE DE MAUVAISE FOI DE L'ASSURÉ OU DU CARACTÈRE ERRONÉ DE LA DÉCLARATION DE SINISTRE, L'ASSUREUR NE SAURAIT DÉNIER, PUREMENT ET SIMPLEMENT, SA GARANTIE.

Conformément au principe de la liberté contractuelle, l'assureur est libre de déterminer, au sein de son contrat, les risques qu'il entend ou non garantir, lorsque la loi n'en dispose pas autrement.

La plupart des contrats d'assurance automobile commercialisés sur le marché comportent une garantie vol. Pour que cette garantie puisse être délivrée, il appartient à l'assuré, conformément à l'article 1353 du Code civil, de démontrer que ses conditions de mise en œuvre sont réunies.

Dans un cas d'espèce soumis à la Médiation, l'assureur refusait de mobiliser la garantie vol aux motifs d'une part, que l'assuré n'apportait pas la preuve d'un vol avec effraction ; d'autre part, que la matérialité du vol n'était pas établie.

Toutefois, le contrat n'exigeait pas que soit rapportée la preuve d'une effraction du véhicule pour que le vol soit garanti. Les conditions générales indiquaient simplement que « *des traces matérielles d'effraction peuvent constituer un indice sérieux rendant vraisemblable le vol* ».

La délivrance de la garantie vol était donc uniquement conditionnée à la preuve du vol du véhicule.

Afin d'établir sa matérialité, l'assuré avait déclaré le vol immédiatement après sa découverte, auprès des services de police et suivi la procédure prévue par le contrat en cas de sinistre. De ce fait, il a été admis que l'assuré avait réalisé tout ce qui était en son pouvoir pour établir la réalité du sinistre.

En effet, les déclarations et démarches effectuées par l'assuré constituaient un faisceau d'indices sérieux rendant vraisemblable le vol du véhicule. De surcroît, aucun élément ne permettait de douter de la matérialité du vol au regard des éléments transmis. Le Médiateur appréciera, dans chaque dossier, si les éléments fournis par l'assuré sont suffisamment probants.

En l'occurrence, il a été rappelé à l'assureur que l'effraction n'était pas une condition exigée par le contrat, seule la preuve du vol étant requise. ●

ARRÊTE-MOI SI TU PEUX

La Médiation est régulièrement saisie de la question de l'opposabilité de la prescription biennale, notamment en l'absence de rappel des dispositions légales.

Les assurés contestent fréquemment l'application de la prescription biennale de l'article L.114-1 du Code des assurances, ayant pour conséquence un refus de prise en charge de leur sinistre.

En vertu de l'article R.112-1 du Code des assurances, « *les polices d'assurance (...) doivent rappeler (...) la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance* », à savoir les articles L.114-1, L.114-2 et L.114-3 dudit Code. Ces articles précisent le délai de la prescription, son point de départ et ses causes d'interruption, ainsi que l'interdiction de tout aménagement contractuel.

Dès lors, l'assureur est tenu à une obligation

d'information lui imposant de rappeler, au sein du contrat, les dispositions relatives à la prescription. À ce sujet, la Cour de cassation se montre particulièrement exigeante à l'égard des assureurs, puisqu'elle impose, au-delà du rappel des dispositions légales du Code des assurances, la mention exhaustive des causes d'interruption de la prescription de droit commun et les différents points de départ. À défaut, la jurisprudence considère que la clause de prescription est inopposable à l'assuré.

Lorsque la clause de prescription contenue dans la police n'est pas conforme aux exigences de la jurisprudence, le Médiateur applique, en l'état, la prescription de droit commun de 5 ans. ●

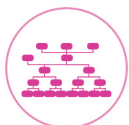


L'ASSUREUR EST TENU DE RAPPELER AU SEIN DE LA POLICE D'ASSURANCE LES DISPOSITIONS LÉGALES CONCERNANT LA PRESCRIPTION BIENNALE. POUR UNE PARFAITE INFORMATION DES ASSURÉS, L'ENTREPRISE D'ASSURANCE DOIT MÊME REPRODUIRE INTÉGRALEMENT LES TEXTES DES ARTICLES L.114-1 ET SUIVANTS, SOUS PEINE DE SE VOIR INTERDIRE D'OPPOSER LA PRESCRIPTION BIENNALE À SON ASSURÉ.

EN EFFET, UN SIMPLE RENVOI AUX ARTICLES DU CODE N'EST PAS SUFFISANT POUR ÉCLAIRER LES CONSOMMATEURS.

L'OMBRE D'UN DOUTE

La terminologie de nombre de contrats d'assurance s'avère ambiguë. Aussi la Médiation est-elle régulièrement amenée à se prononcer sur la définition de termes contractuels.



L'ASSUREUR EST LE SEUL RÉDACTEUR DES CONTRATS DITS D'ADHÉSION.

AUSSI DOIT-IL ÉVITER TOUTE AMBIGUÏTÉ OU IMPRÉCISION DANS SA DOCUMENTATION. EN EFFET, DANS UN TEL CAS, LES CLAUSES OU TERMES LITIGIEUX SERONT NÉCESSAIREMENT INTERPRÉTÉS EN SA DÉFAVEUR.

AFIN D'ÉVITER TOUT LITIGE D'INTERPRÉTATION, LE MÉDIATEUR INVITE NOTAMMENT LES ASSUREURS À INSÉRER, AU SEIN DES CONTRATS, DES LEXIQUES EXHAUSTIFS ET DÉTAILLÉS.

À titre d'illustration, un assuré demandait, dans le cadre d'un contrat de protection juridique, la prise en charge des frais et honoraires d'avocat concernant la succession litigieuse de son oncle. L'assureur a refusé de mobiliser sa garantie, estimant que l'oncle de l'assuré n'était pas son ascendant en ligne directe.

Le contrat prévoyait la prise en charge des litiges portant sur la succession d'un ascendant. Toutefois, le contrat ne définissait pas cette notion. En l'absence de définition précise, une ambiguïté subsistait. À ce titre,

il suffira de consulter le site internet de la Chancellerie visant les oncles parmi les ascendants.

Conformément à la logique du droit de la consommation, en l'absence d'une définition précise dans le contrat, la notion d'ascendant fait nécessairement l'objet d'une interprétation favorable à l'assuré consommateur.

Le Médiateur a donc invité l'assureur à délivrer sa garantie. ●

UN DOMMAGE TRÈS RECHERCHÉ

Toute garantie est exclue en cas de faute intentionnelle de l'assuré. Cette exclusion légale est justifiée par le caractère nécessairement aléatoire du contrat d'assurance.

La notion de faute intentionnelle est visée à l'article L.113-1 du Code des assurances, en ces termes : « *L'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle de l'assuré* ».

L'objectif de cette exclusion légale est de protéger la fonction première de l'assurance : la couverture d'un risque.

En effet, l'assurance repose sur la notion d'aléa. Par suite, elle ne doit pas encourager la destruction volontaire de la chose assurée par son bénéficiaire, ni la survenance d'un dommage.

L'exclusion constituant une exception de garantie, il appartient à l'assureur de démontrer que les conditions de cette exclusion sont réunies.

Toutefois, la jurisprudence retient une conception stricte de la notion de faute intentionnelle, estimant qu'elle n'est constituée que lorsque l'assuré a voulu le dommage tel qu'il s'est réalisé. Ainsi, l'imprudence caractérisée de l'assuré, à l'exemple du non-remplacement immédiat de clés volées à la suite d'un cambriolage, ne peut suffire à caractériser l'existence d'une faute intentionnelle.

L'assureur doit être en mesure de prouver que

l'assuré a voulu à la fois l'action génératrice du dommage et l'intégralité des dommages causés.

Cette seconde condition est délicate à prouver. En effet, elle ne peut résulter du seul fait que l'assuré a commis un acte volontaire. Certaines circonstances facilitent la démonstration de ce caractère volontaire. Tel est le cas notamment d'une attitude mensongère envers l'assureur ou encore de l'établissement d'un faux.

Dans les dossiers faisant état d'un refus de garantie en raison d'une faute intentionnelle, le Médiateur porte la plus grande attention à ce que l'assureur justifie de l'existence des deux conditions précitées, pour se prévaloir de l'article L.113-1 du Code des assurances.

À titre d'illustration, le Médiateur a été saisi d'une réclamation relative à la prise en charge des conséquences d'un incendie volontaire. Or, s'il était établi que l'assuré avait intentionnellement mis le feu à son ancien appartement, toujours occupé par son ex-compagne, il n'était pas démontré qu'il avait voulu causer des dommages aux appartements voisins ou à la copropriété.

En l'espèce, le Médiateur a alors invité l'assureur à indemniser les dommages subis par les tiers. ●



L'OPPOSITION NATURELLE À L'ASSURÉ D'UNE FAUTE INTENTIONNELLE RESTE CONDITIONNÉE À LA PREUVE QU'IL A VOULU LE DOMMAGE TEL QU'IL EST ADVENU.

EN L'ABSENCE DE CETTE DÉMONSTRATION, LA FAUTE INTENTIONNELLE N'EST PAS DÉMONTRÉE.

EXCLURE N'EST PAS JOUER

Les clauses écartant la garantie des dommages ayant pour origine un défaut d'entretien ou de réparation incombant à l'assuré, caractérisé et connu de lui, suscitent encore des difficultés.

Certains assureurs ont inséré dans leurs contrats une clause visant à exclure la prise en charge des dommages résultant du « *défait d'entretien ou de réparation incombant à l'assuré, caractérisé et connu de lui* ».

Le Médiateur, saisi de cette clause, a rappelé que toute exclusion conventionnelle devait être formelle et limitée, conformément à l'article L.113-1 du Code des assurances.

Or, la Cour de cassation a condamné les clauses d'exclusion relatives au défaut d'entretien et de réparation, lesquelles, en l'absence de référence à des critères précis ou à des hypothèses limitativement énumérées, ne sont ni formelles, ni limitées.

Il a ainsi été jugé par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, concernant une clause d'exclusion relative au défaut d'entretien et à une absence de réparation, que « *cette clause d'exclusion de garantie ne se référant pas à des critères précis et à des hypothèses limitativement énumérées n'est pas formelle et limitée et ne peut ainsi recevoir application en raison de son imprécision* ».

En effet, une clause d'exclusion rédigée dans des termes trop généraux et ne se référant pas à des hypothèses limitativement énumérées ne permet pas à l'assuré de connaître l'étendue exacte des obligations lui incombant, en l'absence de définition des notions de défaut d'entretien ou de réparation, ni de déterminer les situations dans lesquelles il ne sera pas garanti. ●



POUR UNE PARFAITE INFORMATION DES ASSURÉS QUANT AUX CONDITIONS DE COUVERTURE, LES ASSUREURS DOIVENT ÉVITER TOUTE CLAUSE D'EXCLUSION NE SE RÉFÉRANT PAS À DES CRITÈRES PRÉCIS OU À DES HYPOTHÈSES NON LIMITATIVEMENT ÉNUMÉRÉES.

RÉSILIER N'EST PAS PÉNALISER

En cas de résiliation d'un contrat d'assurance pour non-paiement de la cotisation, l'assureur peut se prévaloir d'une clause contractuelle prévoyant une indemnité de résiliation. Toutefois, le Code des assurances reste silencieux sur la validité d'une telle clause.

Les assurés contestent régulièrement la conservation par l'assureur de la portion de prime pour la période postérieure à la résiliation d'un contrat d'assurance à la suite d'impayés et jusqu'à l'échéance principale dudit contrat.

L'article L.113-3 du Code des assurances impose à l'assureur une procédure spécifique en cas de résiliation du contrat d'assurance pour non-paiement des cotisations. Il reste toutefois silencieux sur la question du sort de la fraction de prime postérieure à la résiliation.

Certains contrats d'assurance prévoient alors que les cotisations correspondant à cette période restent acquises à l'assureur, à titre d'indemnité de résiliation.

La jurisprudence a admis la validité d'une telle « clause d'indemnité de résiliation ».

Néanmoins, dès lors que cette clause a pour objet d'évaluer, forfaitairement et à l'avance, le montant des dommages et intérêts dus par le débiteur défaillant, elle s'analyse en une clause pénale.

Or, en présence d'une clause pénale, l'article 1231-5 alinéa 2 du Code civil dispose que : « Le juge peut, même d'office, modérer ou augmenter

la pénalité ainsi convenue si elle est manifestement excessive ou dérisoire ».

Par conséquent, lorsque la Médiation est saisie d'une réclamation portant sur l'application d'une telle clause, une vérification est opérée, afin d'apprécier son caractère éventuellement excessif.

Enfin, en l'absence de stipulation d'une telle clause dans le contrat d'assurance, l'assureur ne saurait prétendre à une conservation automatique de cette portion de prime. Ce principe est notamment rappelé dans le recueil des engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurance membres de la Fédération Française de l'Assurance.

À cet égard, l'engagement n°4 prévoit, lorsque la résiliation porte sur un contrat d'assurance automobile ou habitation, que « Les assureurs s'engagent à ce que [la clause d'indemnité de résiliation] ne soit pas supérieure à 6 mois de cotisation ».

Dans le cadre de la procédure de médiation, le Médiateur apprécie la validité d'une clause d'indemnité de résiliation à l'aune des dispositions contractuelles et des engagements déontologiques, ces derniers étant opposables aux entreprises d'assurance. ●



LA PLUS GRANDE ATTENTION DOIT ÊTRE PORTÉE À LA STIPULATION EXPRESSE D'UNE CLAUSE D'INDEMNITÉ DE RÉSILIATION DANS LES CONTRATS D'ASSURANCE ET SUR SON APPLICATION DANS LE TEMPS, LAQUELLE DOIT ÊTRE LIMITÉE À 6 MOIS DE COTISATION, EN MATIÈRE D'ASSURANCE AUTOMOBILE ET HABITATION, CONFORMÉMENT AUX ENGAGEMENTS DÉONTOLOGIQUES DE LA PROFESSION.

3.B LES SUJETS RÉCURRENTS EN ASSURANCE DE PERSONNES

LE PETIT POUCKET

À l'image du Petit Poucet, le conseil de l'assureur et de l'intermédiaire doit laisser des traces. L'assureur, comme l'intermédiaire en assurance, est débiteur d'un devoir d'information et de conseil à l'égard du souscripteur. Le respect de cette obligation doit pouvoir être démontré en cas de litige.

Un assuré avait souscrit un contrat d'assurance mixte, *via* un intermédiaire en 2008.

Au regard des performances du produit, le souscripteur a suspendu ses versements périodiques et son contrat a été mis en réduction.

Le souscripteur a alors estimé que l'intermédiaire avait manqué à son devoir de conseil, au motif que le produit proposé ne correspondait pas à sa situation patrimoniale.

En l'espèce, figurait dans le bulletin de souscription un encadré intitulé « Aide à la détermination du profil de l'investisseur », comportant un certain nombre de questions permettant de déterminer le profil financier du souscripteur.

En l'absence de toute réponse aux questions posées, il était néanmoins inscrit au titre du résultat « profil dynamique ».

À défaut de tout élément fourni par l'intermédiaire permettant d'établir l'adéquation du produit souscrit à la situation patrimoniale et aux besoins du souscripteur, il ne pouvait qu'être constaté l'absence de démonstration par le professionnel du respect de son obligation de conseil.

L'asymétrie de la situation doit être soulignée. L'éventuelle hausse du support souscrit n'appellera naturellement aucune réclamation.

Inversement, toute baisse peut déboucher sur une saisine. L'adage boursier ne saurait se démentir. L'épargnant appréciera sa performance :

- en cas de hausse du marché actions, à l'aune du CAC 40,
- en cas de baisse, à celle du taux du Livret A.

Il est donc primordial que tout intermédiaire, ou assureur distribuant en direct ses produits :

- procède à une analyse effective de la morphologie patrimoniale de son client (seule propre à assurer l'adéquation du produit souscrit à ses besoins réels) et ce, sur la durée ;
- conserve la trace du recueil des besoins effectués, ainsi que du conseil prodigué lors de la souscription, afin de se ménager une preuve en cas de litige portant sur le respect du devoir de conseil.

Depuis le renforcement de la réglementation relative à la formalisation du devoir de conseil, les litiges portant sur ce sujet semblent appelés à se raréfier. Néanmoins, il convient de rappeler que le devoir de conseil suppose une personnalisation des recommandations, ce qui signifie notamment que le support utilisé ne doit pas, selon la jolie formule de l'ACPR, « être un simple reflet » des caractéristiques du produit proposé, et que les différents éléments figurant sur ce support doivent présenter une cohérence globale. ●



POUR BÉNÉFICIER DE SOLUTIONS ET PRODUITS PLEINEMENT ADAPTÉS À LEUR MORPHOLOGIE PATRIMONIALE, LES ASSURÉS DOIVENT ÉNONCER EXPLICITEMENT LEURS BESOINS ET CARACTÉRISTIQUES.



LA TRAÇABILITÉ DU CONSEIL NE CONSTITUE PLUS UN *MUST* MAIS UNE OBLIGATION POUR LES INTERMÉDIAIRES.

MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE GUÉRIR

En assurance-vie, l'assuré peut effectuer une désignation de bénéficiaire, encore faut-il que l'assureur en garde une trace.



EN CAS DE CLAUSE NOMINATIVE, IL PEUT ÊTRE ENVISAGÉ D'INFORMER LE BÉNÉFICIAIRE, OU TOUT TIERS DE CONFIANCE, PAR LA REMISE D'UN DOCUMENT LUI PERMETTANT DE PROUVER SA DÉSIGNATION LE CAS ÉCHÉANT. IL EST TOUTEFOIS DÉCONSEILLÉ À L'ASSURÉ D'ACQUIESCER À L'ACCEPTATION PAR LE BÉNÉFICIAIRE AFIN DE RESTER LIBRE DE MODIFIER LADITE CLAUSE.



AFIN DE SE PRÉMUNIR DES ACTIONS INTENTÉES PAR DES RÉCLAMANTS INDIQUANT ÊTRE BÉNÉFICIAIRES D'UN CONTRAT D'ASSURANCE-VIE, L'ASSUREUR SE DOIT DE CONSERVER L'ENSEMBLE DES DOCUMENTS CONTRACTUELS PENDANT UNE DURÉE MINIMALE DE 10 ANS À COMPTER DE LA DATE DU TERME DU CONTRAT, AFIN DE SE CONFORMER À LA VOLONTÉ DE L'ASSURÉ EXPRIMÉE AU SEIN DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE.

Lors de la conclusion du contrat, l'assuré peut effectuer : soit une désignation nominative du bénéficiaire en cas de décès, soit utiliser une clause type, pouvant être ainsi rédigée : « *Le conjoint, à défaut les enfants et descendants nés ou à naître de l'Assuré, à défaut les ascendants de l'Assuré, à défaut les héritiers de l'Assuré* ».

Au décès de l'assuré, l'assurance-vie est dénouée. L'assureur doit alors verser le capital aux bénéficiaires désignés par le contrat, conformément à la volonté du défunt. Or, il arrive que l'organisme d'assurance n'ait plus en sa possession la clause bénéficiaire choisie par l'assuré.

Tel a été le cas d'un réclamant qui a sollicité le versement du capital au titre du contrat souscrit par son frère, affirmant que ce dernier l'avait nominativement désigné au moment de son adhésion. Ne disposant plus du bulletin d'adhésion, l'assureur a versé le capital à la conjointe du souscripteur, par application de la clause type figurant au contrat, à défaut de preuve quant à l'existence d'une clause bénéficiaire nominative.

La jurisprudence* précise d'ailleurs que malgré l'existence d'une faute de la part de l'assureur dans la gestion (document perdu) – et indépendamment de l'identification de l'intérêt à agir, la charge de la preuve de la volonté du défunt de la désigner comme bénéficiaire de l'assurance-vie, repose sur la personne qui exige que lui soit versé le capital garanti. L'insatisfaction de cette solution découle du fait que l'identité du bénéficiaire qui pourrait agir restera par essence ignorée.

Aussi convient-il d'appréhender la question de la conservation des documents à la lumière des prescriptions applicables. L'article L.114-1 du Code des assurances dispose que la prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance-vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur.

Le Médiateur est alors amené à rappeler à l'assureur qu'il lui appartient de conserver l'ensemble des documents contractuels pendant une durée minimale de 10 ans à compter de la date du terme du contrat, afin de pallier cette difficulté. ●

*Cour de cassation, civ. 2^e, 8 juin 2017, n° 16-20.641.

UN POUR LE PRIX DE TROIS !

Le Médiateur a estimé que la commercialisation simultanée de plusieurs contrats, dans certaines circonstances, pouvait constituer un défaut de conseil.

Une société de courtage a fait souscrire au prétendant à l'assurance trois contrats d'assurance sur la vie, à versements mensuels programmés, conclus pour une durée de 20 ans. Ces contrats, souscrits à 15 jours d'intervalle, comportent une clause bénéficiaire strictement identique et leur capital est investi, dans les mêmes proportions, sur les mêmes supports.

Ces contrats prévoyaient le paiement de frais précomptés, correspondant à 2,5 % de la somme totale des versements contractuellement prévus, dans la limite de 20 ans, sur la première, la deuxième et la troisième annuité.

Or, le courtier n'apportait pas la preuve de

l'intérêt de l'assuré à souscrire trois contrats en parallèle. Au surplus, il aurait été plus favorable de proposer au souscripteur d'accroître le montant des versements sur le premier contrat déjà souscrit, ce qui n'aurait eu aucune incidence sur les frais prélevés, plutôt que de l'inviter à souscrire deux nouveaux contrats.

Au regard de ces éléments, le Médiateur a conclu, à défaut de toute preuve contraire, que le conseil fourni relatif à la souscription de trois contrats n'était pas pertinent. Il était alors demandé à la société de courtage de procéder au remboursement des frais précomptés, prélevés sur les deux contrats les plus récents, au profit du souscripteur. ●



LE CANDIDAT À L'ASSURANCE DOIT DORÉNAVANT COMPLÉTER UN QUESTIONNAIRE RELATIF AU RECUEIL DE SES BESOINS. IL LUI EST RECOMMANDÉ D'APPORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION AUX RÉPONSES FOURNIES ET DE NE SIGNER CE QUESTIONNAIRE QUE S'IL CORRESPOND EFFECTIVEMENT À SA SITUATION.



LE MÉDIATEUR APPRÉCIE SI LE CONSEIL FOURNI PAR L'ASSUREUR OU L'INTERMÉDIAIRE EST EN ADÉQUATION AVEC LA SITUATION FINANCIÈRE ET PATRIMONIALE DU CANDIDAT À L'ASSURANCE ET RÉPOND AUX BESOINS EXPRIMÉS. IL APPARTIENT DONC AUX PROFESSIONNELS DE CONSERVER LA TRACE DU RECUEIL DE CES BESOINS, PERMETTANT D'APPRÉCIER LA PERTINENCE DU CONSEIL FOURNI.

DU BONNETEAU

La multiplication des clauses d'indexation, révision, revalorisation conduit aisément à une appréhension erronée des garanties contractuelles.



DU POINT DE VUE D'UN ASSURÉ ET À GARANTIES ÉGALES, IL VAUT MIEUX PRIVILÉGIER LES CONTRATS QUI NE PROPOSENT QU'UN SEUL MÉCANISME DE REVALORISATION DES COTISATIONS LIÉ, DE PRÉFÉRENCE, À UNE ÉVOLUTION DES GARANTIES SOUSCRITES.

AU SURPLUS, IL IMPORTE, À LA SOUSCRIPTION, QUE LES ASSURÉS PRIVILÉGIENT UTILEMENT LES CONTRATS DONT ILS COMPRENNENT L'ÉCONOMIE ET PRENNENT LE TEMPS NÉCESSAIRE À LA RÉFLEXION.



LES ENTREPRISES D'ASSURANCE APPORTERONT LE PLUS GRAND SOIN À LA RÉDACTION DES CLAUSES CONTRACTUELLES, AFIN DE LES RENDRE CLAIRES ET INTELLIGIBLES POUR L'ASSURÉ, ET ÉVITERONT LES MÉCANISMES ALTERNATIFS, D'UNE APPRÉHENSION DÉLICATE.

Nombre de contrats de prévoyance comportent une clause de révision ou d'adaptation des cotisations autorisant la société d'assurance à majorer ses tarifs, en lien ou non avec une augmentation des garanties.

Ainsi la Médiation a-t-elle été saisie d'un contrat de dépendance prévoyant une évolution annuelle des cotisations dans le cadre : soit d'une indexation, soit d'une révision tarifaire.

En l'occurrence, la clause d'indexation prévoyait chaque année une augmentation des cotisations suivant l'évolution du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) et induisait un réajustement automatique des garanties.

Quant à la clause de révision, elle permettait à l'entreprise de majorer de manière unilatérale le montant de la cotisation. Elle n'induisait pas de hausse des garanties.

À quelque temps de la souscription, l'assureur a apparemment cessé de recourir au mécanisme de l'indexation, pour lui préférer celui de la révision. L'augmentation des garanties contractuelles a donc pris fin.

La présence, par ailleurs, d'une clause de revalorisation des rentes servies a encore accru la confusion dans l'esprit de l'assuré entre indexation, révision et revalorisation.

Confronté à ces notions quelque peu amphigouriques, l'assuré a contesté l'augmentation de ses cotisations en l'absence d'évolution des garanties.

Au-delà du caractère abscons des modalités d'évolution des cotisations et garanties offertes, la clause d'indexation stipulée au contrat s'est révélée, au fil du temps, d'une nature strictement commerciale, dès lors que son application dépend uniquement de la volonté de l'assureur.

Le Médiateur a procédé à l'analyse des conditions contractuelles de valorisation afin de mieux éclairer l'assuré quant aux engagements souscrits par l'entreprise d'assurance. Néanmoins, un tel litige aurait pu être évité par une rédaction plus claire et fluide des dispositions contractuelles. ●

ASSURÉS AU BORD DE LA CRISE DE NERFS

Mal professionnel de notre siècle, les cas de burn out ne cessent de se multiplier et font souvent, en assurance, l'objet de clauses d'exclusion.

Selon un célèbre psychiatre, Herbert J. Freudenberger, le *burn out* correspond à « une situation où les ressources internes de la personne en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

À cet égard, la loi Rebsamen du 17 août 2015 a introduit une forme de reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnel. Au lendemain de son adoption, la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a lancé une mission d'information relative à ce sujet.

Cette commission a, pour approcher ce syndrome, utilisé les termes : « *maladies psychiques* » « *souffrances psychiques* » ou encore « *pathologies psychiques au travail* ».

Le caractère fortement psychologique de l'affection en question est donc bien mis en évidence et ne saurait être nié.

Quoi qu'il en soit, toutes les définitions proposées convergent sur un point : le *burn out* est un syndrome, qui traduit un état d'épuisement professionnel à la fois émotionnel, physique, et psychique ressenti face à des situations de travail « *émotionnellement exigeantes* ».

Cette notion est régulièrement évoquée auprès de la Médiation à l'occasion des contrats d'assurance comportant une clause d'exclusion des affections psychologiques. Nombre d'assurés avancent que le *burn out* n'a pas de dimension psychologique et ne devrait donc pas être exclu *de facto* par les assureurs lors des demandes de prise en charge.

Au demeurant, l'éventuelle reconnaissance du *burn out* en maladie professionnelle serait sans incidence sur l'application de la clause d'exclusion visée, dès lors que celle-ci s'attache à la nature de la pathologie, indépendamment de son origine. ●



POUR ÉVITER LES AMBIGUITÉS ET FAUX ESPOIRS, LES CONTRATS DEVRAIENT, AU REGARD DE LA MULTIPLICATION DES DEMANDES, VISER EXPLICITEMENT CE RISQUE.



LES ASSURÉS DOIVENT LIRE ATTENTIVEMENT LEURS CLAUSES D'EXCLUSION, QUITTE À RACHETER MOYENNANT SURPRIME LES AFFECTIONS PSYCHOLOGIQUES.

QUI PAYE SES DETTES S'ENRICHIT

La différence entre l'avance et le rachat est parfois délicate à appréhender pour les souscripteurs de contrats d'assurance-vie.



LE SYSTÈME DE L'AVANCE FONCTIONNE COMME UN PRÊT RÉALISÉ SUR UN CONTRAT, DE SORTE QUE LE SOUSCRIPTEUR QUI Y RECOURT S'ENGAGE À LA REMBOURSER, AVEC INTÉRÊTS.



L'ASSUREUR DOIT REMETTRE AU PRÉTENDANT À UNE AVANCE SON RÈGLEMENT GÉNÉRAL.

IL EST ÉGALEMENT INVITÉ À RAPPELER CHAQUE ANNÉE, AU SEIN DU RELEVÉ DE SITUATION ANNUEL, QU'UNE AVANCE EST EN COURS.

Le Médiateur rappelle régulièrement que l'avance est l'opération par laquelle l'assureur accepte de faire une avance de fonds au souscripteur, sans modifier la provision mathématique du contrat. Il appartient alors au souscripteur de procéder au remboursement du montant de l'avance ainsi que des intérêts applicables, conformément aux dispositions contractuelles.

À l'inverse, le rachat vient grever la provision mathématique du contrat en ce qu'il est déduit du montant du capital.

Le Code des assurances ne fait qu'effleurer le mécanisme de l'avance. Aussi des engagements déontologiques ont-ils été adoptés à ce sujet. Ils prévoient, entre autres, que le montant de l'avance ne doit pas dépasser 80 % de la valeur de la provision mathématique pour les contrats en euros et 60 % pour les contrats en unités de compte.

Par ailleurs, l'avance est consentie pour une durée qui ne peut excéder 3 années, renouvelable 2 fois. Elle doit être remboursée au plus tard à son terme. Le taux d'intérêt applicable a également fait l'objet d'un engagement. ●

COMPOSER AVEC LES FAMILLES RECOMPOSÉES

La rédaction d'une clause bénéficiaire traduisant la volonté exacte du souscripteur est essentielle, en particulier dans l'hypothèse des familles recomposées.

Monsieur Dupont est le fils de Madame Durand. Cette dernière a épousé Monsieur Martin alors que Monsieur Dupont était âgé de 3 ans, et le couple a eu deux enfants par la suite. Lors du décès de Madame Durand, les capitaux de ses contrats d'assurance-vie sont versés à Monsieur Martin, la clause bénéficiaire désignant son conjoint en qualité de bénéficiaire de premier rang.

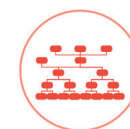
Lors du décès de Monsieur Martin, le capital de ses contrats d'assurance-vie est versé aux deux seuls enfants communs du couple, la clause bénéficiaire désignant : « *mon conjoint, à défaut mes enfants, nés ou à naître* ».

S'il n'était pas contesté que Monsieur Martin a élevé Monsieur Dupont comme son fils, depuis

son plus jeune âge, ce dernier ne peut pour autant être juridiquement considéré comme son fils.

Le Médiateur a toutefois relevé que le contrat a été souscrit par l'intermédiaire d'un organisme bancaire, de sorte que si Monsieur Dupont estime que son beau-père a été victime d'un défaut de conseil dans la rédaction de la clause bénéficiaire, il lui appartient de saisir le Médiateur bancaire de cette question.

Dans un arrêt récent, la Cour de cassation a rappelé que les clauses bénéficiaires doivent être interprétées à l'aune de la volonté du souscripteur. La plus grande précision à cet égard sera de nature à éviter une toujours délicate exégèse. ●



LE SOUSCRIPTEUR DOIT APPORTER LE PLUS GRAND SOIN À LA RÉDACTION DE LA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE DE SON CONTRAT ET VÉRIFIER QU'ELLE CORRESPOND À SES OBJECTIFS DE PROTECTION DE SES PROCHES. IL DOIT ÉGALEMENT APPORTER LES PRÉCISIONS NÉCESSAIRES À L'IDENTIFICATION DES BÉNÉFICIAIRES, POUR ÉVITER D'ÉVENTUELLES CONFUSIONS (EN CAS D'HOMONYMIE PAR EXEMPLE), ET FAVORISER LA CÉLÉRITÉ DE RÈGLEMENT DES CAPITAUX.



LORS DE LA SOUSCRIPTION ET PÉRIODIQUEMENT EN COURS DE VIE DU CONTRAT, L'ASSUREUR EST INVITÉ À ATTIRER L'ATTENTION DU RÉCLAMANT SUR L'IMPORTANCE DE LA RÉDACTION DE SA CLAUSE BÉNÉFICIAIRE, ET DE SON ADÉQUATION AUX ÉVOLUTIONS DE SON ENVIRONNEMENT AFFECTIF ET DE SA VOLONTÉ. IL DEVRA ÉGALEMENT INTERROGER L'ASSURÉ AFIN QUE LA CLAUSE, EXEMPTÉ DE TOUTE AMBIGUÏTÉ, TRADUISE AU MIEUX SA VOLONTÉ.

APRÈS C'EST TROP TARD

La menace latente d'opposer une fausse déclaration n'autorise pas l'exclusion ex post d'une pathologie.



LORS DE LA SURVENANCE D'UN SINISTRE, IL APPARTIENT À L'ASSUREUR DE PROUVER QUE LA FAUSSE DÉCLARATION INVOQUÉE ÉTAIT INTENTIONNELLE, OU, À DÉFAUT, D'APPLIQUER LES DISPOSITIONS DE L'ARTICLE L.113-9 DU CODE DES ASSURANCES. EN L'ABSENCE DE FAUSSE DÉCLARATION DÉMONTRÉE, IL NE SAURAIT JUSTIFIER, SOUS COUVERT D'UN « GESTE COMMERCIAL », L'ÉTABLISSEMENT D'UNE EXCLUSION CONTRACTUELLE A *POSTERIORI* DE LA PATHOLOGIE LITIGIEUSE POUR MAINTENIR LE CONTRAT ET FAIRE PAYER UNE SURPRIME.

En cas de déclaration erronée, intentionnelle ou non, l'assuré encourt légitimement les sanctions prévues par les articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances. Inversement, il ne peut être admis que l'assureur impose à l'assuré d'exclure, après la survenance du sinistre, une pathologie non déclarée, pour ne pas délivrer sa garantie ou faire payer une surprime.

La Médiation a été confrontée, à plusieurs reprises, à cette pratique de l'exclusion *a posteriori*.

Ainsi, un assuré, auquel il était reproché l'omission de déclaration d'une pathologie, se voyait,

sous la menace d'une action en fausse déclaration intentionnelle, refuser la prise en charge de son sinistre. L'assureur lui « proposait » la mise en œuvre d'une exclusion, établie postérieurement, de la pathologie ayant conduit à son incapacité. Or, au regard des éléments communiqués à la Médiation, la fausse déclaration n'était nullement démontrée.

Dans une telle hypothèse, la signature d'un avenant au contrat, au lendemain d'un sinistre soulève clairement la question de la validité du consentement de l'assuré fragilisé et dépendant de la volonté de l'assureur. ●



LES ASSURÉS DOIVENT FAIRE PREUVE DE LA PLUS GRANDE ATTENTION ET SINCÉRITÉ LORS DE LA SIGNATURE DU QUESTIONNAIRE DE SANTÉ ET, LE CAS ÉCHÉANT, SIGNALER TOUTE OMISSION PENDANT LA VIE DU CONTRAT ET EN TOUT ÉTAT DE CAUSE AVANT LA SURVENANCE D'UN SINISTRE.

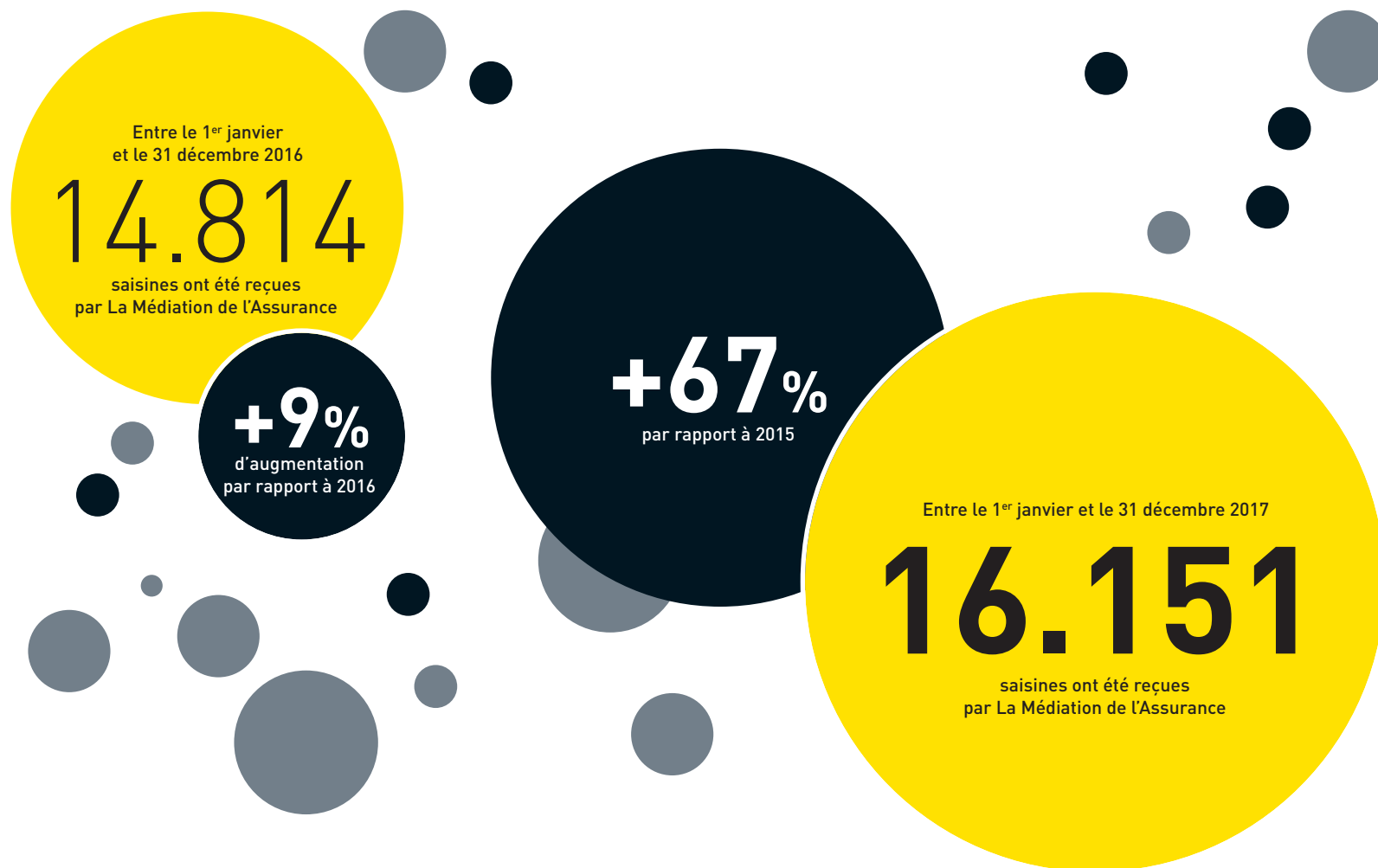
4. LA MÉDIATION EN QUELQUES CHIFFRES

LES SAISINES REÇUES EN 2017

Entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017, 16.151 demandes de médiation ont été reçues.

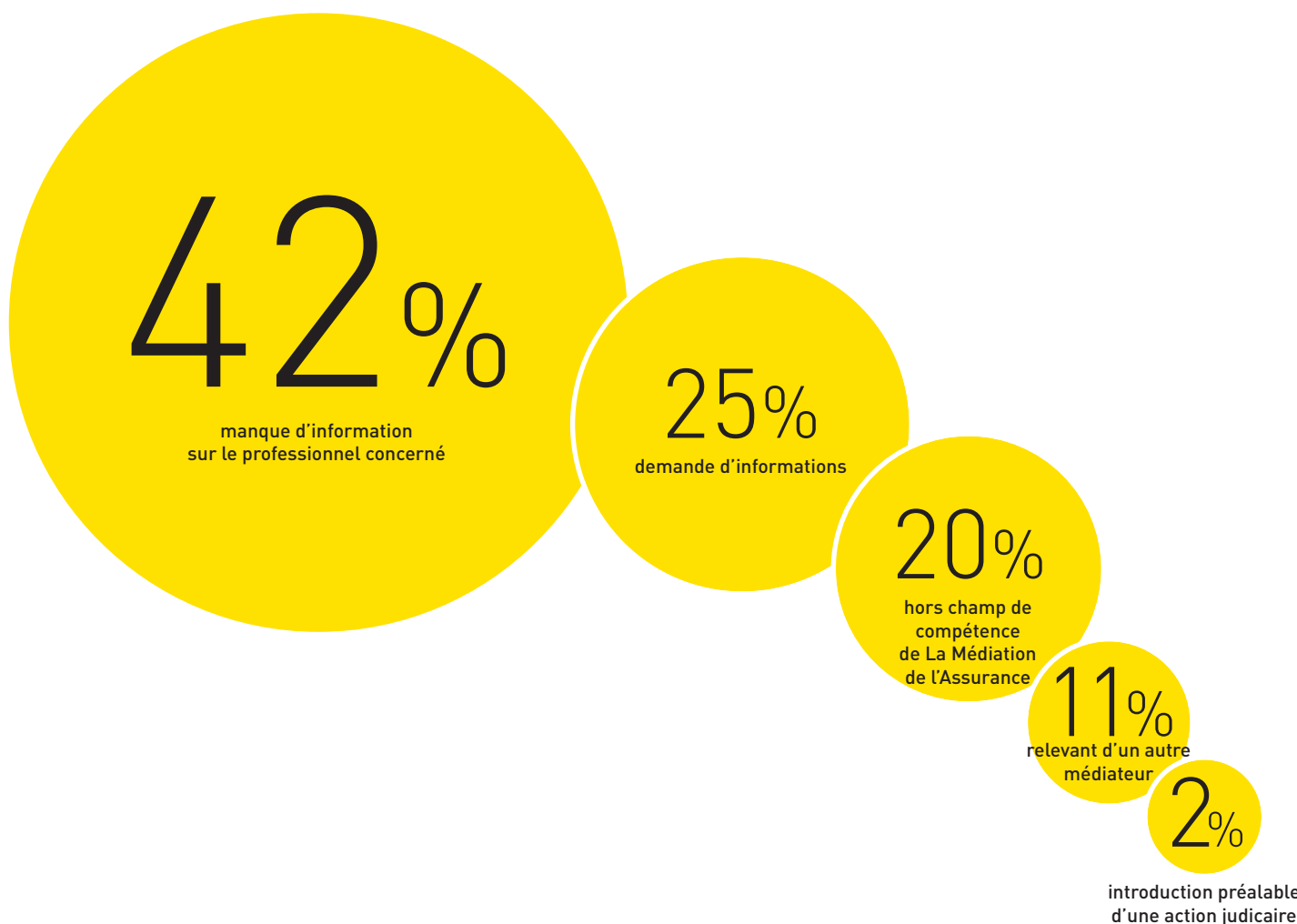
La progression se poursuit, avec plus 9 % par rapport à 2016, et plus 67 % par rapport à 2015, année de création de La Médiation de l'Assurance.

Les demandes *via* le formulaire de saisine en ligne sont en augmentation constante. Elles représentent à ce jour plus de 30 % des saisines. ●



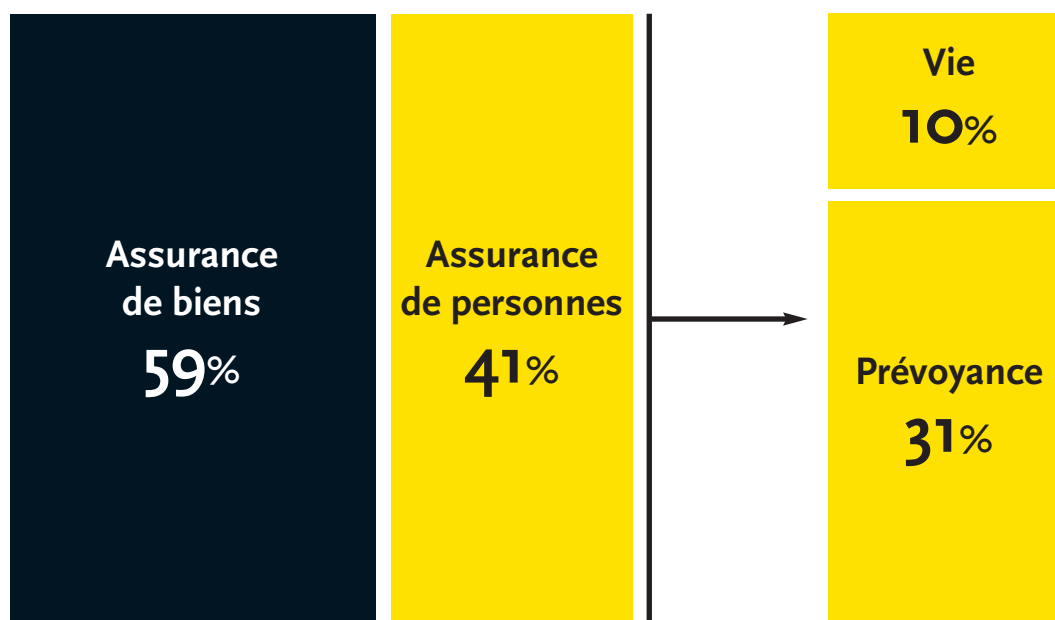
LES SAISINES REJETÉES ET LES MOTIFS DE REJET

Cette année, pour 26 % des saisines reçues, le Médiateur a été contraint de refuser toute intervention, à différents motifs. Parfois, le consommateur peut rencontrer une difficulté à identifier le bon interlocuteur dans la chaîne de distribution du contrat d'assurance. Le Médiateur est alors conduit à l'orienter vers le professionnel compétent. D'autres s'adressent au Médiateur afin de recueillir uniquement conseils ou informations de nature juridique en l'absence de tout litige. Enfin, certaines réclamations ne relèvent pas du champ de compétence de La Médiation de l'Assurance, à l'image d'une simple demande de geste commercial. ●



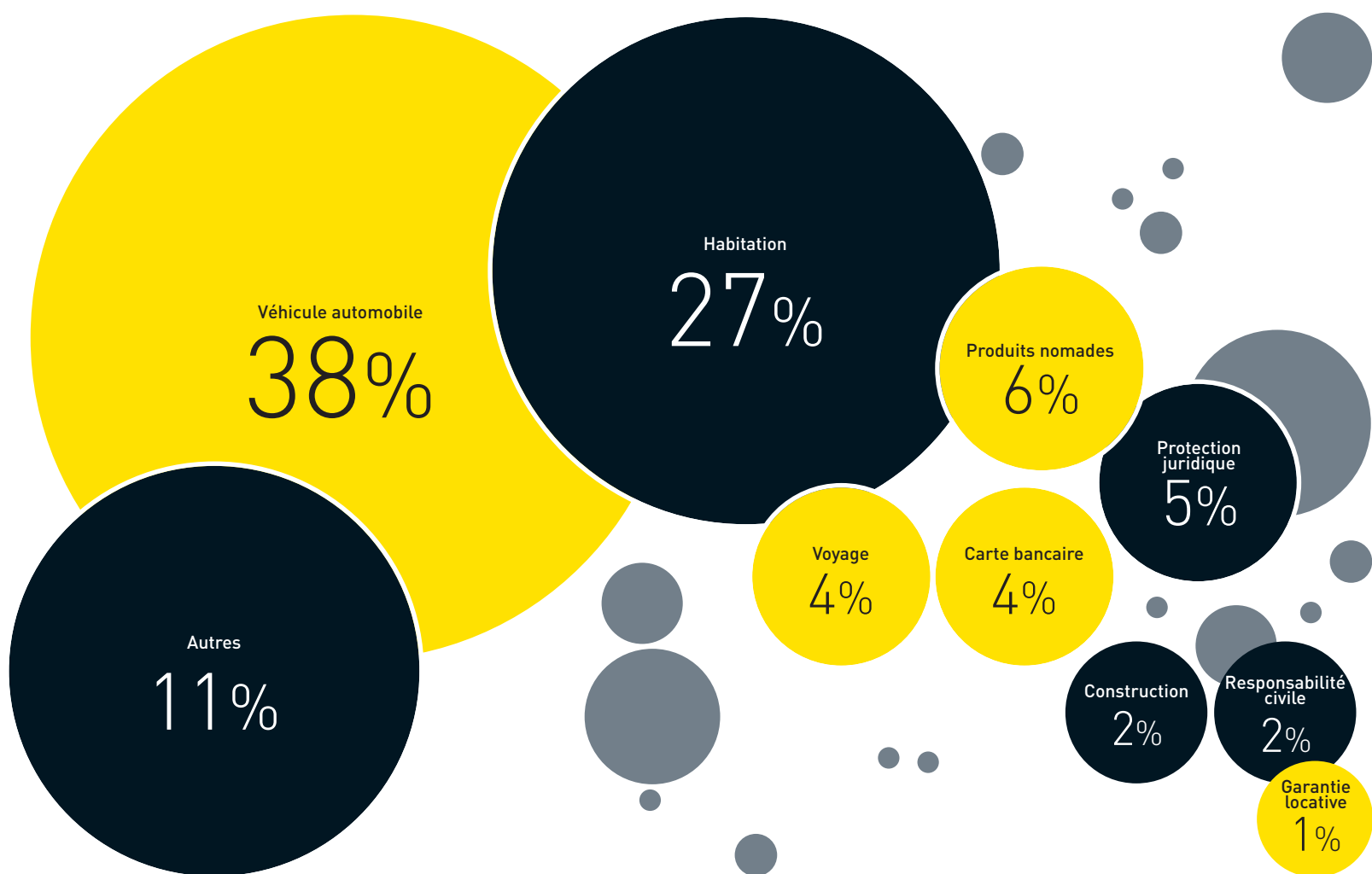
LA RÉPARTITION DES SAISINES SOUMISES À LA MÉDIATION

L'année 2017 est marquée par une hausse des litiges relatifs aux assurances de biens et responsabilité, passant de 56 % à 59 %.



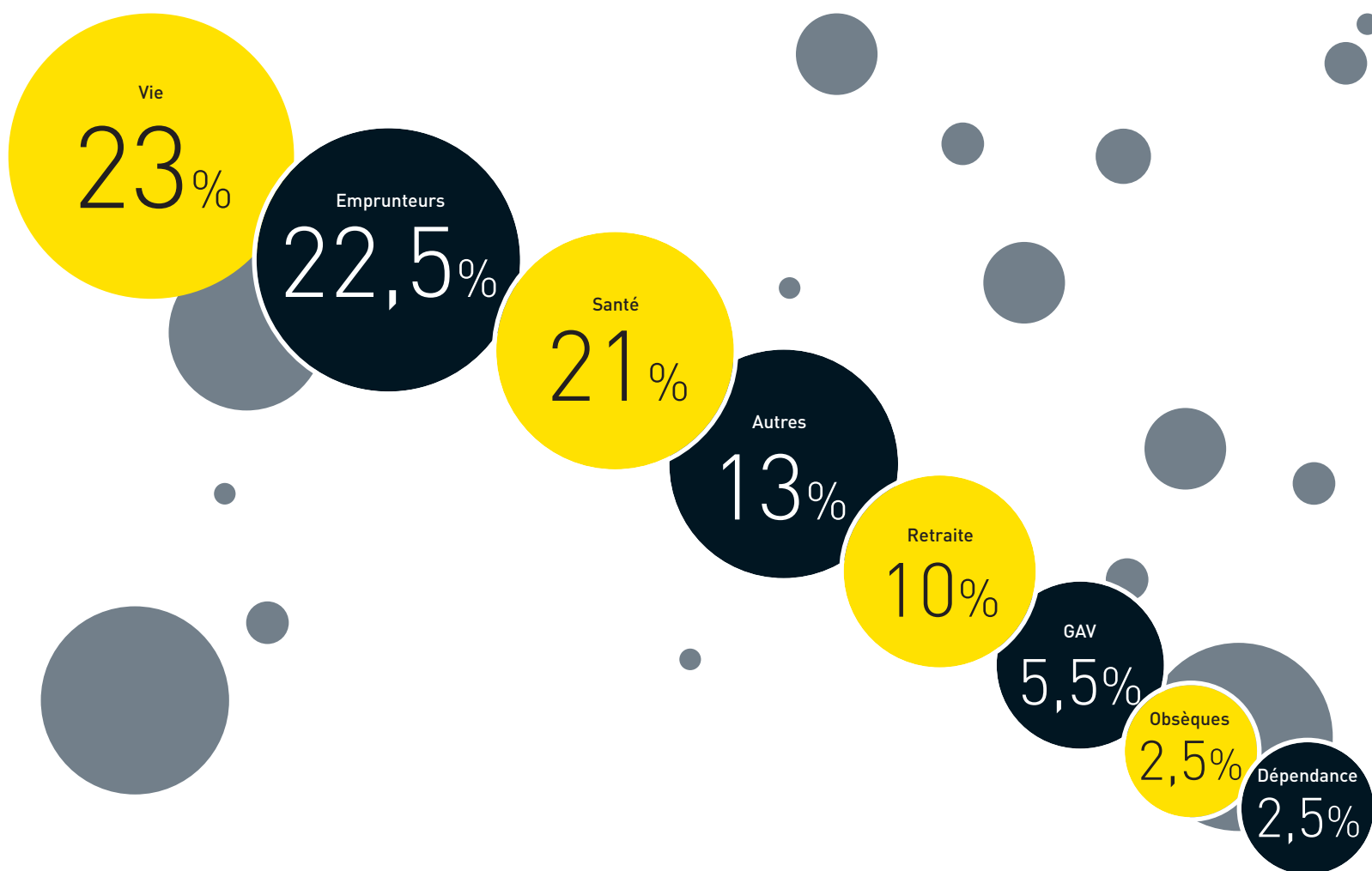
LES LITIGES EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

À l'instar des années précédentes, la majorité des demandes est relative à l'assurance automobile et à l'assurance habitation. Puis, de façon similaire et stable, les demandes intéressent la protection juridique, les produits nomades, les cartes bancaires, les voyages, la construction et la responsabilité civile. ●



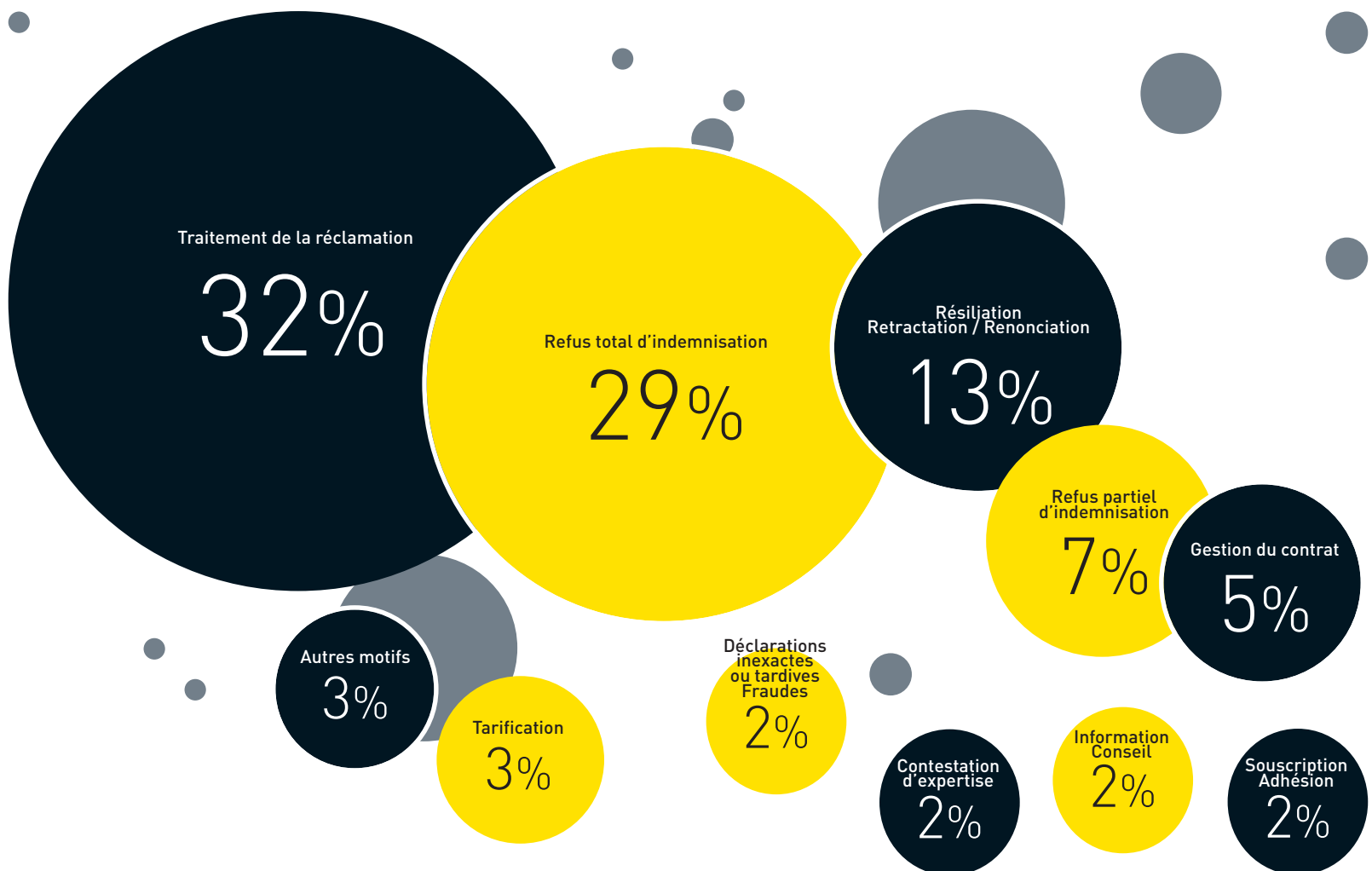
LES LITIGES EN ASSURANCE DE PERSONNES

- Les litiges liés aux contrats d'assurance-vie représentent 23 % des litiges en assurance de personnes, juste devant les contrats emprunteurs (consommation et immobilier).
- Les litiges relatifs aux assurances de dépendance et garantie des accidents de la vie ont marqué une croissance par rapport à l'année dernière, à surveiller pour prévenir toute dérive. ●



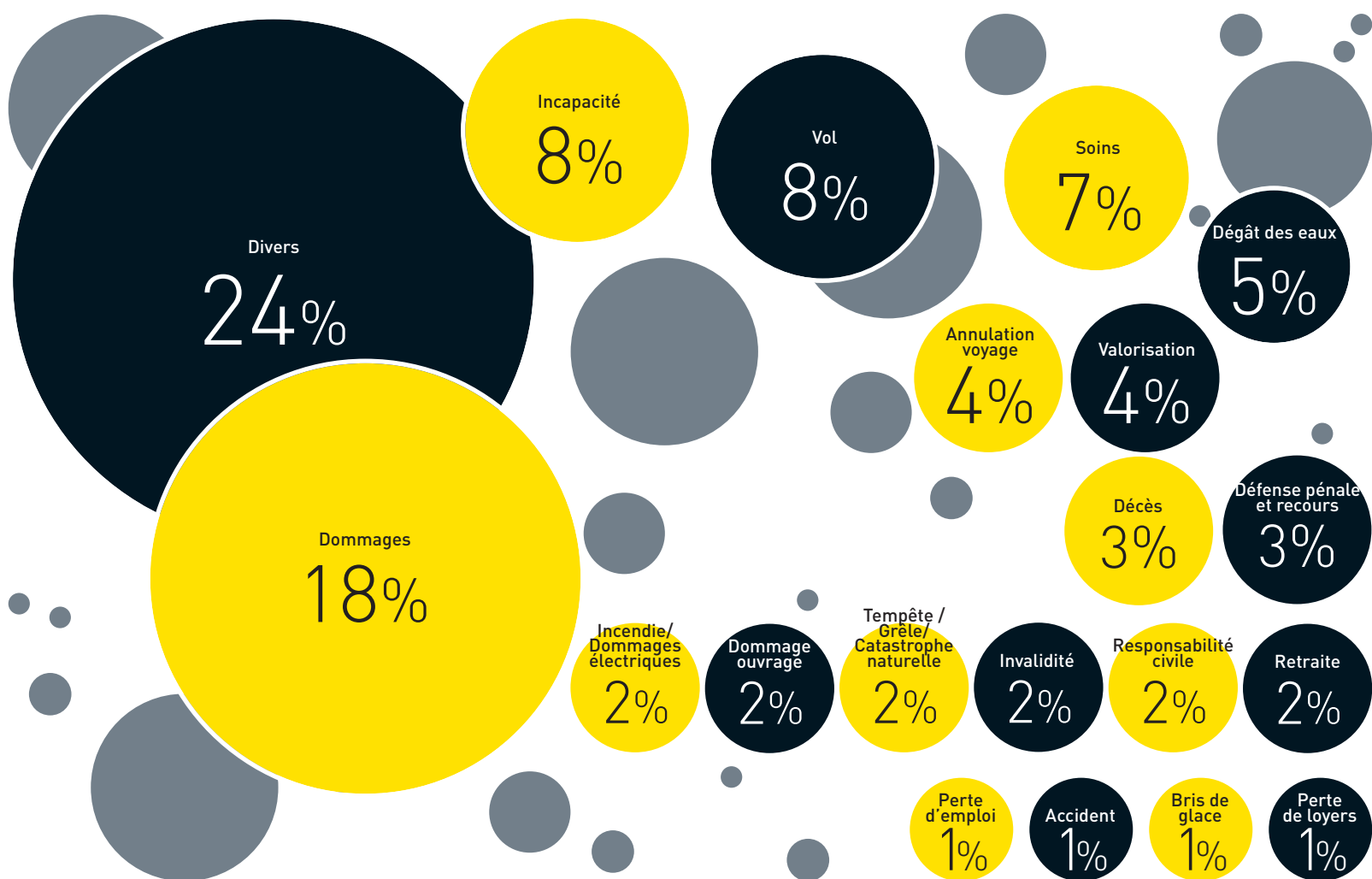
LES MOTIFS DES LITIGES

L'essentiel des réclamations naît d'un refus d'indemnisation ou d'un mauvais suivi de la réclamation, réel ou ressenti, par le professionnel d'assurance. ●



LES GARANTIES SOLLICITÉES

Les litiges portent essentiellement sur les dommages matériels et les désaccords quant à l'évaluation du taux d'invalidité dans les contrats de prévoyance. Cette répartition est stable d'un exercice à l'autre. ●



LES RÉSULTATS DE LA MÉDIATION : LES AVIS

Lorsque le réclamant n'obtient pas satisfaction auprès du professionnel d'assurance, le Médiateur élabore un avis. Dans un quart des cas, il donne raison aux consommateurs. Dans les autres, il leur apporte des explications et justifications objectives quant à la position du professionnel. Ainsi les interrogations, incompréhensions, frustrations voire suspicions sont-elles levées. À la fin du premier trimestre 2018, le Médiateur recensait 14.017 dossiers clôturés sur les 16.151 saisines. Celles encore en cours concernaient des demandes complexes, ou des demandes dans lesquelles l'assuré revenait vers le Médiateur après une demande prématurée, ou de la fin d'année. En cas de persistance ou en l'absence de solution lors de la phase de l'instruction, un avis est émis en moyenne dans un délai en réduction constante, compris entre 3 et 4 mois. Ces litiges persistants représentent 15 % des saisines. ●



LES RÉSULTATS DE LA MÉDIATION : POURCENTAGE DES MÉDIATIONS EXÉCUTÉES

Plus de 99 % des préconisations et avis sont suivis par les parties.

Lorsque l'entreprise concernée refuse de suivre l'avis du Médiateur, elle est tenue, selon la Charte de La Médiation de l'Assurance, d'adresser les raisons de son refus par un courrier signé de sa direction générale.

Parmi les avis non suivis par le professionnel, une grosse minorité était liée à une interprétation divergente d'une clause contractuelle. En début d'année, la pédagogie a fait œuvre et les arguments de La Médiation de l'Assurance ont fini de convaincre l'assureur. ●



+de 99%
des avis ont été suivis par les parties.

5. L'INTERNATIONAL

LA MÉDIATION AU NIVEAU INTERNATIONAL

La mise en place d'une médiation unifiée a permis d'encore renforcer la présence de la médiation française dans les réseaux internationaux. Elle y tient un rôle éminent.

EN EUROPE

Depuis sa mise en place, à l'initiative de la Commission européenne en 2001, la médiation française de l'assurance participe activement aux travaux et activités du réseau européen FIN-NET des médiateurs et ombudsman du secteur financier. Elle est membre du comité directeur du réseau à qui incombe, en collaboration avec la Commission européenne, la définition des orientations et la préparation des deux assemblées plénières annuelles.

FIN-NET regroupe aujourd'hui 59 membres représentant 26 pays (Espace économique européen, plus la Suisse et récemment les îles Anglo-Normandes en qualité d'affiliées).

L'objectif principal – outre les échanges d'informations, de pratiques et d'expériences – est de résoudre les litiges financiers transfrontaliers survenant entre les consommateurs d'un pays membre et les prestataires de services financiers – notamment les banques, compagnies d'assurance, fonds d'investissement et services de paiement – résidant dans un autre pays.

Tous les membres du réseau sont liés par un protocole d'accord qui permet le traitement effectif des réclamations. Le protocole a été modifié afin d'aligner les règles de fonctionnement sur la directive du 21 mai 2013, relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation qui régit désormais le réseau FIN-NET. Plus de 2.500 affaires transfrontières, dont 592 dans le domaine de l'assurance, ont été traitées par le réseau cette année, soit globalement près de 15.000 réglées depuis sa création.

En parallèle, les membres du réseau, principalement au niveau du comité directeur, sont appelés à participer à des colloques, à l'invitation cette année de la banque centrale italienne.

Le réseau FIN-NET a fait preuve de son efficacité. Il constitue aujourd'hui une référence pour les autres secteurs de la consommation. À titre d'exemple, le domaine des voyages et transports vient de créer un réseau similaire, Travel-Net.

Par ailleurs, la Commission européenne a mis en place une plateforme destinée à faciliter le règlement en ligne des litiges concernant un achat effectué sur le web (RLL). Les professionnels et consommateurs s'y voient proposer de résoudre leurs différends, concernant un achat en ligne, qu'il soit national ou transfrontière, au travers d'un guichet unique, opérationnel dans toutes les langues de l'Union européenne. Très peu de plaintes ont été reçues *via* cette plateforme. Aucune, à ce jour, par la médiation de l'assurance française.

La Médiation de l'Assurance 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



DANS LE MONDE

La médiation française de l'assurance participe aux travaux du réseau international de médiateurs financiers INFO (*International Network of Financial services Ombudsman schemes*), depuis son origine en 2007. Ainsi a-t-elle siégé à son comité directeur pendant plusieurs mandats. Créé à l'initiative d'ombudsman/médiateurs anglo-saxons, ce réseau comprend aujourd'hui 60 membres répartis dans 37 pays de tous les continents.

Tous les adhérents sont tenus d'adopter et de respecter des « principes fondamentaux », notamment, d'indépendance, d'équité et de transparence qui fondent le réseau.

Le but principal d'INFO est de développer la compétence et l'expertise de ses membres au travers de l'échange d'informations et d'expériences. La 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.

Ponctuellement, le réseau permet de traiter et résoudre de nombreux litiges transfrontaliers grâce à la collaboration entre ses membres.

Le réseau publie sur internet un bulletin mensuel accessible au public et se réunit une fois par an à l'invitation de l'un de ses membres, en veillant à ce que les différents continents puissent être successivement représentés.

INFO a publié un guide pratique pour la mise en application de chacun des « principes fondamentaux » qui reprend les éléments du rapport co-écrit en 2012 par deux de ses membres, Francis Frizon (ancien Médiateur de la FFSA) et David Thomas, pour le compte de la Banque mondiale. Un second guide pratique, rédigé par les mêmes auteurs et destiné à faciliter la création et la mise en place de nouvelles entités de médiation financière, vient d'être publié sur le site internet d'INFO. ●



6. 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.

I. VALEURS DU MÉDIATEUR DU CLUB

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

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

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

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

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. ●



7. 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.

CHARTRE DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE

- 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.

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.
- **« Au rapport »**
Revue générale du droit des assurances, n°3, 1^{er} mars 2018, n°3, p.141.

SCHÉMA DE SAISINE

Quelques étapes importantes avant de saisir le Médiateur de l'Assurance

VOUS ÊTES EN LITIGE AVEC VOTRE ASSUREUR OU VOTRE INTERMÉDIAIRE.

Faites part de votre réclamation à votre conseiller habituel.

En cas d'insatisfaction, écrivez au service réclamation du professionnel concerné. Vous trouverez ses coordonnées dans les conditions générales de votre contrat.

En l'absence de réponse dans un délai de deux mois

En cas de désaccord persistant

Comment saisir le Médiateur ?

VOUS POUVEZ SAISIR LE MÉDIATEUR DE L'ASSURANCE.

Rassemblez tous les documents nécessaires.

Envoyez votre dossier au Médiateur de l'Assurance

Par courrier

Par internet

Le traitement de votre demande

LE MÉDIATEUR TRAITE VOTRE DEMANDE.

Le Médiateur étudie votre dossier.

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

■ **Institut national de la consommation :**

conso.net

■ **Fédération Française de l'Assurance (FFA) :**

ffa-assurance.fr

■ **Comité consultatif du secteur financier :**

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

■ **Anacofi :**

anacofi.asso.fr

■ **Chambre syndicale des courtiers d'assurances (CSCA) :**

cscs.fr

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

economie.gouv.fr/mediation-conso/commission

■ **Autorité de contrôle prudentiel et de régulation :**

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

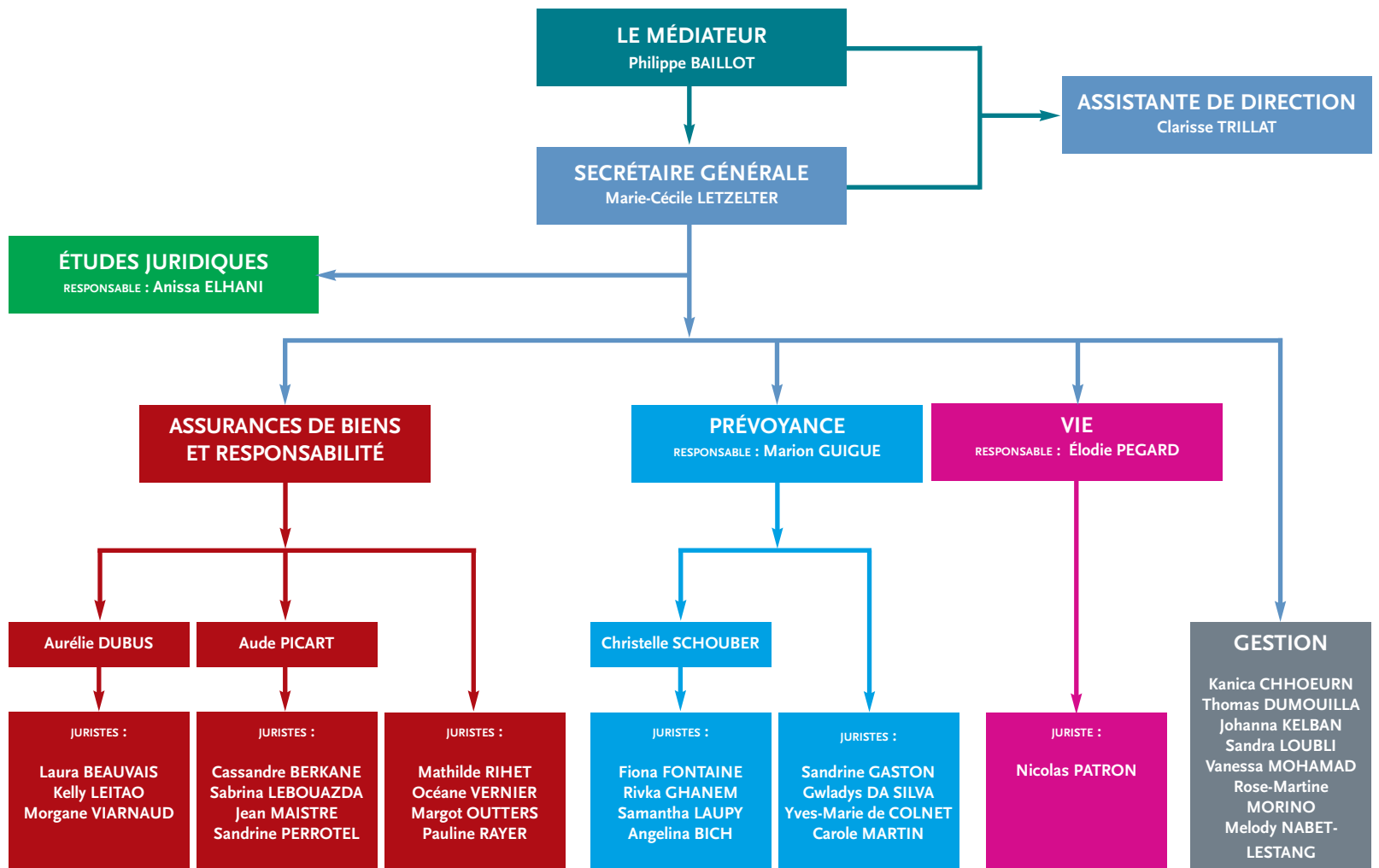
■ **International Network of Financial services Ombudsman schemes :**

networkfso.org

■ **Centre européen de la consommation**

cec-zev.eu

ORGANIGRAMME DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE



8. INDEX

- A**
- Administration fiscale p.16, 30
 - AGIRA p.48
 - Affection neurodégénérative p.48
 - Affection psychologique p.71
 - Aléa p.39, 63
 - Ambiguïté p.8, 23, 62, 71, 73
 - Antériorité du litige p.39
 - Article 82 du Code général des impôts p.54
 - Ascendant p.62, 68
 - Assurances affinitaires p.59
 - Assurance automobile p.12, 13, 32, 40, 42, 60, 65
 - Assurance-vie p.16, 23, 26, 30, 46, 49, 68, 72, 73
 - Attestation p.30, 35, 42, 44
 - Avance p.72
- B**
- Bénéficiaire p.16, 23, 26, 56, 63, 68, 69, 73
 - Bonne foi p.10, 20, 26, 32, 50, 59
 - Bonus malus p.42
 - Burn out* p.71
- C**
- Cambriolage p.63
 - Capital p.14, 15, 16, 26, 30, 49, 52, 54, 68, 69, 72, 73
 - Capitaux décès p.26
 - Cause extérieure p.23, 59
 - Charge de la preuve p.20, 40, 52, 68
- Clause bénéficiaire p.23, 26, 46, 68, 69, 73
- Clauses d'exclusion p.20, 40, 64, 71
- Clause nominative p.68
- Coefficient de réduction-majoration p.42
- Clause type p.23, 43, 68
- Complémentaire santé p.35, 51
- Conditions de garantie p.40, 50, 60
- Conditions générales p.11, 41, 56, 60
- Conditions particulières p.41, 52
- Conservation des documents p.52, 68
- Construction p.41, 44
- Contre-expertise p.34
- Contributions sociales p.15, 16, 30
- Courtier p.49, 69
- CSG p.15, 16, 30
- D**
- Décès p.16, 26, 46, 54, 56, 68, 73
 - Déchéance p.21, 32
 - Déclaration de sinistre p.10, 32, 43, 60
 - Déclaration du risque p.9, 41, 44, 50
 - Déclaration inexacte p.32, 41, 50, 74
 - Défaut de conseil p.14, 54, 69, 73
 - Défaut d'entretien p.8, 64
 - Délai de traitement p.49
 - Délai de versement des capitaux p.26
 - Déontologie p.12, 51, 65, 72
 - Dépendance p.48, 70
- Déshérence p.56
- Devoir de conseil p.67, 69
- Devoir d'information p.67
- Directive sur la distribution d'assurance p.8, 59
- Domages-ouvrage p.43, 44
- E**
- Échéance p.35, 65
 - Effraction p.60
 - Équité p.26, 48, 86, 90
 - Exclusion p.8, 20, 40, 44, 59, 63, 64, 71, 74
 - Exonération p.15, 30
 - Expert p.21, 34, 48
 - Expertise p.21, 34, 48
- F**
- Faisceau d'indices p.32, 39, 52, 60
 - Fausse déclaration p.9, 10, 20, 32, 41, 50, 74
 - Faute intentionnelle p.63
 - Fiscal p.14, 17, 23, 30, 49, 54, 56
 - Flotte automobile p.42
 - Fonds en euros p.16, 30
 - Fraude p.20
- G**
- Gestion du sinistre p.11, 43
- H**
- Habitation p.8, 12, 22, 41, 65

| | | | |
|---|--|--|--|
| I | | | |
| Impayés | p.12, 65 | | |
| Indemnité de résiliation | p.65 | | |
| Indexation | p.70 | | |
| Information | p.11, 12, 13, 14, 17, 21, 26, 48 49, 52, 54, 56, 59, 61, 64, 67, 71 | | |
| Intentionnel | p.10, 20, 23, 32, 41 50, 63, 74 | | |
| Intermédiaire en assurance | p.7, 9, 13, 18, 59, 67, 69 | | |
| Invalidité | p.30, 48 | | |
| Ipid | p.8 | | |
| L | | | |
| Liquidation de la rente | p.54, 56 | | |
| Liquidation judiciaire | p.39, 51 | | |
| Loi Eckert | p.26 | | |
| Loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 | p.35, 51 | | |
| M | | | |
| Madelin | p.54 | | |
| Maître d'ouvrage | p.43, 44 | | |
| Majeur protégé | p.46 | | |
| Mesures de prévention | p.8, 22 | | |
| Monosupport | p.30 | | |
| Multisupports | p.16, 30 | | |
| Mutuelle obligatoire | p.35 | | |
| N | | | |
| Non-résident fiscal | p.30 | | |
| Non-paiement de la cotisation | p.12, 65 | | |
| Non réclamés | p.26, 56 | | |
| Nullité du contrat d'assurance | p.9, 50 | | |
| P | | | |
| Pathologie | p.71, 74 | | |
| Pension de vieillesse | p.56 | | |
| Perte d'autonomie | p.48 | | |
| PERP | p.54 | | |
| Prescription | p.8, 43, 52, 56 61, 68, 90, 94 | | |
| Preuve du devoir d'information | p.67 | | |
| Prélèvements sociaux | p.16, 30 | | |
| Preuve | p.10, 20, 30, 32, 35, 40, 41, 52, 60, 63, 67, 68, 69 | | |
| Prévoyance | p.9, 12, 51, 54, 70 | | |
| Protection juridique | p.39, 62 | | |
| Q | | | |
| Questionnaire | p.10, 50, 69, 74 | | |
| R | | | |
| Rachat | p.15, 16, 30, 46, 49, 54, 72 | | |
| Recouvrement | p.22 | | |
| Recueil de besoins | p.67, 69 | | |
| Rédaction de la clause bénéficiaire | p.28, 73 | | |
| Rédaction des contrats | p.7, 9, 40, 70 | | |
| Réduction proportionnelle | p.9, 13, 50 | | |
| Régime fiscal | p.54 | | |
| Relevé d'informations | p.42 | | |
| Rente viagère | p.14, 15, 48, 54 | | |
| Résiliation | p.12, 35, 42, 51, 65 | | |
| Responsabilité du constructeur | p.44 | | |
| Retraite | p.14, 15, 54, 56 | | |
| Rétroactivité des rentes | p.56 | | |
| Revalorisation | p.70 | | |
| Révision | p.70 | | |
| Risque | p.9, 10, 11, 20, 21, 41, 44 50, 54, 59, 60, 63, 71 | | |
| S | | | |
| Sinistre | p.9, 10, 11, 21, 23, 32, 39, 40, 43, 44, 50, 59, 60, 61, 74 | | |
| Surface développée | p.41 | | |
| Syndrome d'épuisement professionnel | p.71 | | |
| T | | | |
| Téléphone portable | p.59 | | |
| U | | | |
| Unités de compte | p.16, 30, 49, 72 | | |
| V | | | |
| Versement du capital | p.26, 68 | | |
| Vol | p.8, 40, 60, 63 | | |
| Voyage | p.13, 22, 59 | | |

La Médiation de l'Assurance éditeur
 Juin 2018 – ISSN 2556-9457
 Photo p.7 : Erik Lassalle – Pictos : Nikita
 SR : Balsamo – Imprimé en France
 Conception graphique & réalisation :
 yves@castel.com



TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

www.mediation-assurance.org



