



Quand les assureurs ont tort ...

Arnaud CHNEIWEISS – Médiateur de l'assurance

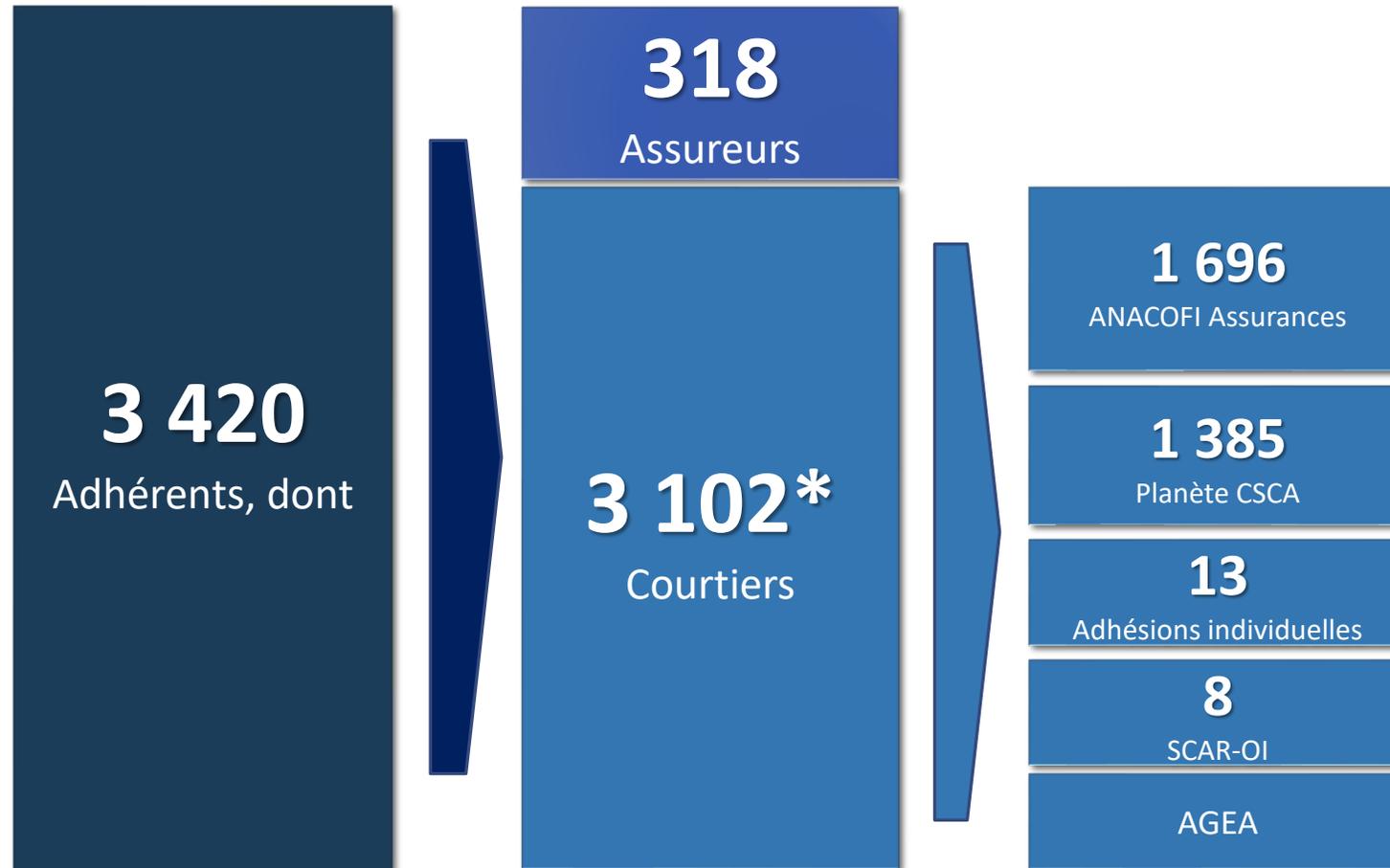
Conférence IFPASS - 15 Octobre 2020



LA MÉDIATION
DE L'ASSURANCE

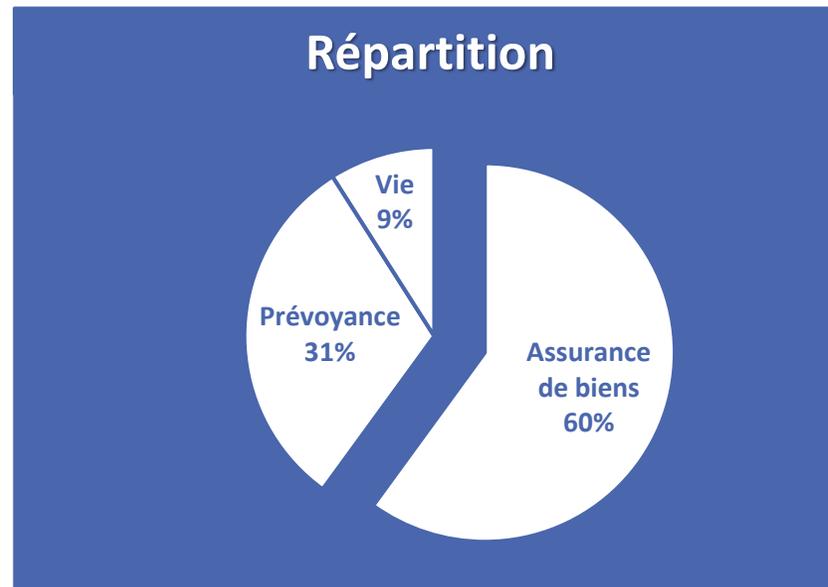
L'activité de LMA

Les adhérents de LMA



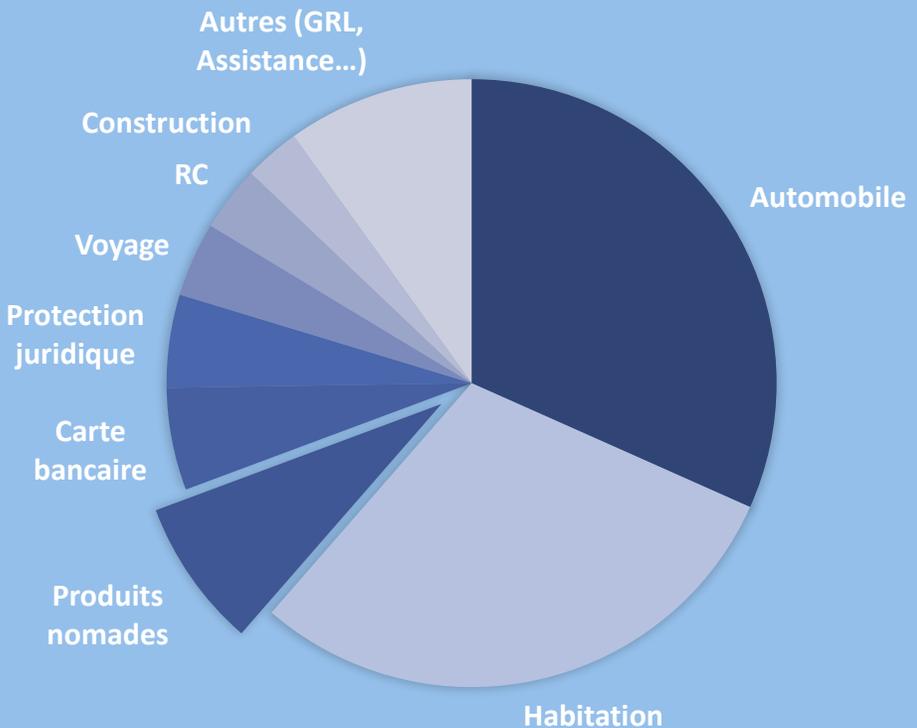
* Adhésion du syndicat professionnel Agea (Agent généraux) pour leur activité de courtage..

Vers 17 000 saisines...

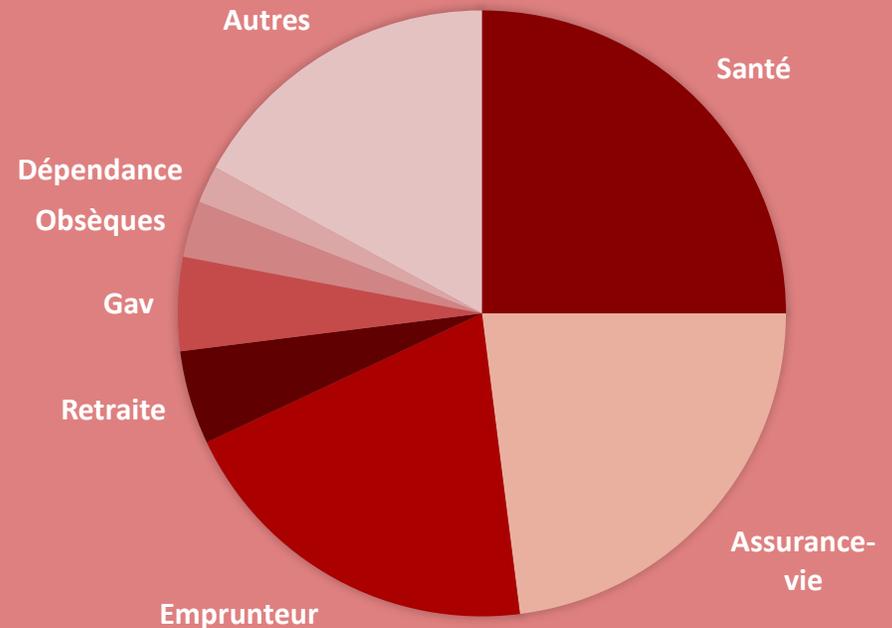


Litiges en 2019

Assurance de biens et responsabilité



Assurance de personnes



Les propositions de solution

2019



2020

Au 07/10/2020



Dans 99% des cas la solution émise est suivie par les parties



Quand les assureurs ont tort...



Les clauses d'exclusion de garantie

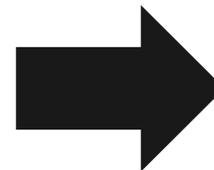
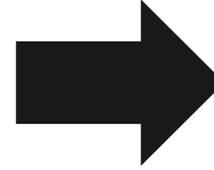
Le formalisme des clauses d'exclusion

Article L. 112-4 du Code des assurances :

« [...] Les clauses des polices édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ne sont valables que si elles sont mentionnées en **caractères très apparents.** »

Article L. 113-1 du Code des assurances :

« Les pertes et les dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion **formelle et limitée** contenue dans la police. [...] ».



Pour être valablement invoquées, les exclusions de garantie doivent être **formelles, limitées et mentionnées en caractères très apparents.**
Les clauses d'exclusion sont appréciées strictement.

Le « défaut d'entretien » : contrat plaisance

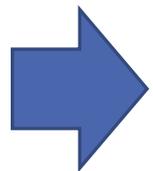
Le défaut d'entretien : contrat plaisance

Exclusion de garantie:

« Risques exclus : les dommages, pertes et dépenses résultant d'une :

- usure normale, vétusté, défaut ou insuffisance d'entretien, vice propre [...] ».

- Vérification de la position de la jurisprudence
- En l'absence de décision jurisprudentielle, vérification de 3 critères :
 - clause expressément stipulée ?
 - clause insusceptible d'interprétation ?
 - permet à l'assuré de comprendre l'étendue et la portée de l'exclusion ?



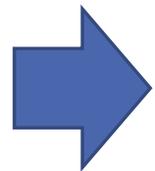
Position de la Médiation de l'Assurance : Clause ne répondant pas aux exigences posées à l'article L. 113-1 du Code des assurances : son application est écartée.

La « négligence » : vol d'effets personnels dans une voiture

Exclusion de garantie :

« Les exclusions spécifiques à la Garantie Effets Personnels, Argent, Documents de Voyage sont les suivantes : [...] Les effets personnels, perdus, volés ou endommagés du fait de Votre négligence [...] ».

- Si définition de la négligence : clarté et précision des termes.
- En l'absence de définition : critère subjectif = clause non formelle.



Position de la Médiation de l'Assurance : Clause ne répondant pas aux exigences posées à l'article L. 113-1 du Code des assurances : son application est écartée.

PRECISION

CRITERES
OBJECTIFS

MESURES DE
PREVENTION

les « conditions normales d'exploitation » ...

Les faits :

Une entreprise de coupe de bois a souscrit un contrat d'assurance « Responsabilité et dommages environnement ». Des riverains l'attaquent pour divers préjudices, et notamment pour des troubles du voisinage à la suite de poussières dans leur propriété, de nuisances sonores ou encore de mauvaises odeurs.

L'affaire vient devant la cour d'appel locale, qui condamne l'entreprise pour « *préjudice né du trouble anormal de voisinage* » occasionné par l'activité. L'assuré sollicite la prise en charge de cette condamnation par l'assureur.

L'assureur refuse au motif que :

- le contrat prévoit, dans ses exclusions générales, que ne sont jamais garanties : « ... *les conséquences de tout sinistre causé par les conditions normales d'exploitation des sites ou d'exécution des activités de l'Assuré* ».
- L'assuré conteste, avançant que « *les émissions de poussière ont eu lieu en période de grand vent* », « *les pollutions pour lesquelles nous avons été condamnés ne sont pas liées à des conditions normales d'exploitation* ». L'assureur répond que « *la coupe de bois entraîne inévitablement de la poussière susceptible de se propager par le vent* », et que « *ce risque est inhérent à votre activité* ».

Or l'exclusion qui vise, sans autre précision, « les conditions normales d'exploitation », « les normes en vigueur », « les prescriptions établies par les autorités administratives compétentes », ne permet pas à l'assuré de savoir avec certitude ce qui est exclu de sa garantie. Le débat entre assuré et assureur sur la signification des « conditions normales d'exploitation » en témoigne. Il y a deux appréhensions différentes d'une expression qui n'est pas suffisamment explicite pour être bien comprise et qui est sujette à interprétation, ce qui, aux termes de la jurisprudence, invalide la clause d'exclusion (Cass. 1^{re} civ., 22 mai 2001, n°99-10849).

En conséquence, l'exclusion conventionnelle opposée n'étant pas formelle et limitée, elle doit être écartée, et c'est la position que j'ai prise.

Une exclusion doit être rédigée en caractères très apparents

Les faits :

- L'assuré a souscrit un contrat d'assurance de prévoyance afin de se garantir, notamment, en cas d'invalidité permanente totale. A la suite d'une affection, il est placé en arrêt de travail, puis est reconnu en invalidité de catégorie 2. Il sollicite la mise en œuvre de la garantie Invalidité Permanente Totale de son contrat.

L'assureur considère que :

- La cause de l'invalidité est exclue car «Les dispositions contractuelles — article 4 —prévoient que les conséquences directes ou indirectes de [l'affection] ne sont pas garanties au titre du présent contrat ».

Nous avons constaté que :

- L'article 4 des CG «DEFINITIONS ET CONDITIONS D'APPLICATION DE GARANTIES» des dispositions générales du contrat définit plusieurs notions et précisait notamment
 - ➔ « Fait intentionnel, mutilation volontaire, suicide... ne sont pas garanties sauf par les articles 7 et 9 en cas de décès, les conséquences directes ou indirectes d'un fait intentionnel de l'assuré ou de l'un des assurés, d'une mutilation volontaire, de l'alcoolisme ou de l'usage de drogue non prescrit médicalement ».
- Cette clause était intégrée au sein de nombreuses définitions contractuelles. Elle ne faisait pas partie d'une rubrique destinée à recenser les risques qui ne sont pas pris en charge au titre du contrat, de sorte que l'attention de l'assuré était très peu attirée sur cette dernière.

Nous avons considéré que :

- La clause d'exclusion n'était pas imprimée dans une police de caractères apparente au regard des autres clauses contractuelles, de sorte qu'elle ne répondait pas aux exigences légales et ne pouvait être opposable.



L'opposabilité des documents contractuels

Les critères de l'opposabilité des documents contractuels

Article L. 112-2 al. 2 du Code des assurances :

« Avant la conclusion du contrat, l'assureur remet à l'assuré un exemplaire du projet de contrat et de ses pièces annexes ou une notice d'information sur le contrat qui décrit précisément les garanties assorties des exclusions, ainsi que les obligations de l'assuré ».

Article R. 112-3 du Code des assurances :

« Le souscripteur atteste par écrit de la date de remise des documents mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 112-2 et de leur bonne réception ».

Remise + Prise de connaissance + Acceptation = Opposabilité CG

- Les conditions générales sont généralement rendues opposables par l'insertion, au sein des conditions particulières ou du bulletin, d'une clause de renvoi.
- Cette clause de renvoi n'est efficace qu'à condition d'être suffisamment précise (référence/version + date).

L'opposabilité des documents contractuels

A défaut de clause de renvoi, l'assureur peut prouver la prise de connaissance par tous moyens.

Exemples :

L'assuré envoie son exemplaire original des CG

L'assuré reconnaît dans un courrier avoir reçu les CG



En l'absence de preuve, toutes les limites de garantie (plafond, exclusions, déchéance...) sont inopposables à l'assuré.



Les clauses abusives dans les contrats d'assurance

Exemple de clause abusive en assurance de biens

Article L. 212-1 du Code de la consommation :

« Dans les contrats conclus entre professionnels et consommateurs, sont abusives les clauses qui ont pour objet ou pour effet de créer, au détriment du consommateur, un **déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat** ».

Article R. 212-1 du Code de la consommation :

« Dans les contrats conclus entre des professionnels et des consommateurs, sont de manière irréfutable présumées abusives, [...] et dès lors interdites, les clauses ayant pour objet ou pour effet de : [...] Imposer au consommateur la charge de la preuve, qui, en application du droit applicable, devrait incomber normalement à l'autre partie au contrat ».

Exclusion de garantie:

« Le vol des roues non munies d'écrous ou de boulons antivol (vous devez justifier, au moyen de la facture d'achat, que vos roues étaient munies d'écrous ou de boulons antivol) »

- **Renversement de la charge de la preuve**
- **Clause réputée non écrite**

Exemple de clause abusive en assurance de biens

Les faits :

- La propriété de l'assuré subit de nombreux dommages à la suite d'une tempête, avec des arbres déracinés et d'autres menaçant de tomber.
- L'assureur refuse la prise en charge pendant plusieurs mois, au motif que la vitesse du vent était inférieure au minimum prévu par le contrat.

Analyse de l'assureur :

- Après communication d'une attestation de Météo France, l'assureur reconnaît que la garantie tempête est mobilisable mais refuse la prise en charge en invoquant l'exclusion suivante: « Indépendamment des exclusions particulières prévues au titre de chaque garantie, nous ne prenons pas en charge : [...] les prestations qui n'ont pas été organisées par les soins ou en accord avec l'Assureur ainsi que les frais engagés sans l'accord préalable de l'Assureur».

Nous avons constaté que :

- Cette clause permet à l'assureur de refuser la prise en charge des travaux dont la réalisation est urgente et nécessaire pour préserver la sécurité des biens ou des personnes s'ils sont réalisés sans son accord et même si l'assuré a conservé des preuves de la matérialité du sinistre.

Nous avons considéré que :

- Cette clause était abusive et que l'assureur devait délivrer sa garantie dès lors que l'assuré démontrait la réalité de son préjudice et son lien avec le sinistre

Clauses abusives dans l'assurance dépendance

Le faits :

- Dans le cadre d'un contrat dépendance, l'assureur a reçu la demande de prestation après le décès de l'assuré.

Argument de l'assureur :

- l'assureur a refusé le versement rétroactif de la prestation sollicitée, invoquant la clause contractuelle suivante : « La date de reconnaissance de l'état de dépendance par [l'assureur] est, par définition, la date de réception du dossier complet, y compris, le cas échéant, les justificatifs et examens complémentaires demandés ».

Article L. 212-1 du Code de la consommation :

- l'assureur ne peut stipuler de clauses contractuelles ayant pour effet de lui conférer un avantage significatif au détriment des droits de ses assurés.

Application :

- est abusive la clause par laquelle l'assureur décide unilatéralement, sans se référer à un ou plusieurs critères objectifs, la date à laquelle l'assuré est en état de dépendance. Une telle clause doit être écartée, étant considérée comme non-écrite.



Peut-il y avoir une
fausse déclaration
... sans question
précise ?

La fausse déclaration

Lors de la souscription d'un contrat, l'assureur apprécie le risque sur la base des éléments communiqués par l'assuré. L'assureur ne saurait cependant retenir une fausse déclaration sur la base d'une question posée en des termes trop généraux.

Article L. 112-3 du Code des assurances

« [...] Lorsque, avant la conclusion du contrat, l'assureur a posé des questions par écrit à l'assuré, notamment par un formulaire de déclaration du risque ou par tout autre moyen, il ne peut se prévaloir du fait **qu'une question exprimée en termes généraux n'a reçu qu'une réponse imprécise.** [...] »

Article L. 113-8 du Code des assurances

« Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance **est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré**, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L. 113-9 du Code des assurances

« **L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.**

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclaré »

La fausse déclaration

Les faits :

- Lors de l'adhésion au contrat d'assurance emprunteur, un assuré avait signé une déclaration selon laquelle il attestait, notamment, ne pas être ou ne pas avoir été atteint au cours des dix dernières années « d'autres infections, symptômes ou quelque maladie que ce soit (hors affections saisonnières) » ;

L'assureur a retenu que :

- l'assuré ne pouvait souscrire à cette affirmation en se fondant sur un certificat médical mentionnant une pathologie dont la date de première constatation était antérieure de quelques mois à l'adhésion au contrat.

Nous avons constaté que :

- La formulation de ces affirmations était elle-même contestable. En l'occurrence, au-delà de l'absence de question à laquelle l'adhérent aurait été invité à répondre par oui ou par non, l'emploi des termes « infections » et « symptômes » apparaissent trop généraux. Cette terminologie ne permet pas à l'assuré de savoir précisément ce qu'il doit déclarer.

Nous avons estimé que :

- Si l'assuré est obligé de déclarer exactement son risque lors de la souscription d'un contrat, il n'est tenu que de répondre aux questions posées. Et ces questions ne permettaient pas d'établir une fausse déclaration intentionnelle.



Le devoir de conseil

Le devoir de conseil lors de la conclusion du contrat

Les assureurs et leurs intermédiaires sont tenus à un devoir de conseil en amont de la conclusion du contrat.

Ce devoir incombe particulièrement au courtier, agissant comme mandataire de l'assuré.

Problématique

Le devoir de conseil est souvent remis en cause par les assurés postérieurement à la conclusion du contrat.

Tel est le cas notamment lorsqu'un assuré s'avère insatisfait du rendement de son contrat d'assurance-vie multi-supports.

Il convient alors de vérifier que l'assureur ou son intermédiaire lui a proposé, lors de la souscription, un produit en adéquation avec sa situation et ses besoins exprimés.

Recueil des besoins et conseil adapté

L'assureur ou son intermédiaire doit recueillir les exigences et besoins du candidat à l'assurance et préciser les raisons qui motivent le conseil fourni. La bonne exécution de cette obligation s'apprécie au regard de la complexité du contrat d'assurance.

En assurance-vie, cette obligation suppose de s'enquérir auprès du souscripteur ou de l'adhérent éventuel de son profil en matière financière : situation patrimoniale, objectifs d'investissements, connaissance et expérience en matière de produits financiers (article L. 522-5 Code des assurances).

Lorsque l'une de ces informations est manquante, l'intermédiaire doit mettre en garde le candidat à l'assurance (article L. 522-6 Code des assurances).

Le devoir de conseil de l'intermédiaire avant la conclusion du contrat passe par un examen de la situation et des besoins du potentiel souscripteur ou adhérent et par des recommandations personnalisées.

Les futurs assurés sont invités à bien relire avant signature le document formalisant le conseil fourni en phase précontractuelle, surtout lorsque ce dernier a été rempli par le conseiller. Un exemplaire signé de la fiche conseil constituera une preuve pour l'intermédiaire de la bonne exécution de son obligation.

Une obligation qui s'inscrit dans la durée : assurance de biens

Les faits :

- Contrat MRH souscrit en 1988 ;
- Augmentation de la cotisation (multipliée par 4) jusqu'en 2016, sans revalorisation des garanties.

En l'absence de preuve de tout contact entre l'intermédiaire et l'assuré en 28 ans, il a pu être considéré :

- ➔ que le courtier avait manqué à son obligation de conseil.
- ➔ Et une perte de chance pour l'assuré de souscrire un contrat à un tarif moins élevé avec des garanties équivalentes.



L'équité

En médiation, les avis sont exprimés en droit et en équité.

L'équité permet d'aller au-delà de la lecture stricte du contrat lorsque dans la situation particulière qui nous est soumise celle-ci aboutirait à une décision injuste.

L'équité : cas en assurance de personnes

Les faits :

- Dans le cadre d'une assurance emprunteur, l'assurée a souscrit l'option « perte d'emploi ».
- En l'espèce, l'assurée était employée en tant qu'aide à domicile par son père, et avait perdu son emploi à la suite du décès de ce dernier.

L'assureur refuse

- la prise en charge du sinistre au motif que le contrat exclut de la garantie la perte d'emploi lorsque l'employeur est lié à son salarié par un lien de parenté.

Nous avons constaté que :

- L'objet de cette exclusion était de ne pas prendre en charge les ruptures de contrat de « complaisance », qui pourraient être en réalité des démissions déguisées.

Nous avons estimé que :

- Compte tenu du motif de la rupture du contrat de travail, il ne pouvait s'agir d'une mesure de complaisance de sorte que j'ai invité l'assureur à délivrer sa garantie.

L'équité : cas en assurance de personnes

Les faits :

- Une enseignante est agressée dans sa salle de classe. Elle n'est pas physiquement blessée mais, traumatisée, fait une dépression suite à cet évènement.
- En arrêt de travail, elle demande donc la prise en charge des échéances de son emprunt au titre de la garantie incapacité temporaire de travail.

L'assureur refuse de l'indemniser,

- indiquant que les maladies psychiques sont exclues de sa garantie, le contrat ne couvrant que l'incapacité de travail résultant d'un accident corporel.

J'ai constaté que

- Si l'assurée avait été physiquement blessée, son arrêt de travail aurait été pris en charge...

J'ai considéré que

- La dépression était la conséquence d'un accident corporel – qui n'était d'ailleurs pas défini au contrat – et invité l'assureur à délivrer sa garantie ;

L'équité : cas en assurance de biens

Les faits :

- un assuré dispose de la garantie bris de glace qui prévoit la réparation ou le remplacement de : « votre parebrise ; votre lunette arrière ; vos vitres latérales ; vos optiques [...] ; votre toit ouvrant ou panoramique ».
- L'assuré a retrouvé brisée la lunette arrière de son véhicule décapotable en stationnement. L'assureur accepte de mobiliser sa garantie pour remplacer cette lunette arrière.
- Il est établi par l'expert qu'auprès de ce constructeur automobile et pour ce type de modèle, le remplacement de la lunette arrière ne peut se faire indépendamment de celui de la capote entière.

L'assureur refuse cette prise en charge globale car la capote du véhicule ne fait pas partie des éléments garantis au titre de la garantie bris de glace.

- l'assureur garantissait en toute connaissance de cause un véhicule décapotable, avec des primes d'assurance rehaussées pour ce type de véhicule.

Nous avons estimé que,

- dans la mesure où la vitre arrière du véhicule ne pouvait être réparée sans que la totalité de la capote soit remplacée, l'assuré ne pouvait être replacé dans la situation dans laquelle il se trouvait avant son sinistre sans que l'intégralité de la capote soit indemnisée par l'assureur.



Merci de votre
attention

Conférence IFPASS - 15 Octobre 2020

LA MÉDIATION
DE L'ASSURANCE