



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

## **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<sup>e</sup>, 17 novembre 2016, n°15-24.819 ; Cass. civ. 2<sup>e</sup>, 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.*



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.

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. ●

# 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.