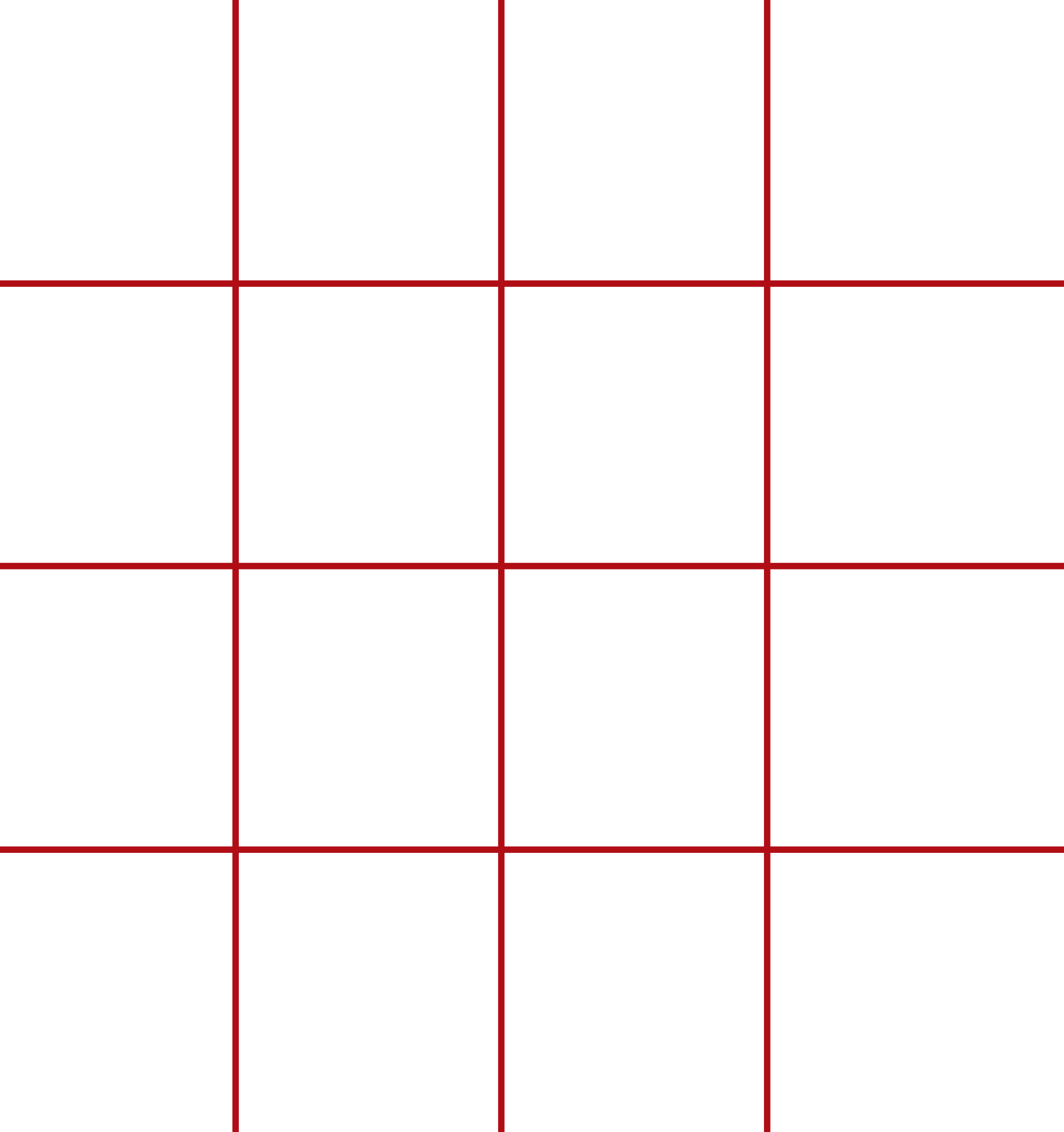




RAPPORT D'ACTIVITÉ 2018





RAPPORT D'ACTIVITÉ 2018



■ AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT	p.5		
■ LE MOT DU MÉDIATEUR	p.7		
■ LES 10 POINTS D'ATTENTION DU MÉDIATEUR	p.19		
■ 1. ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ			
■ 1.A/ LE CONTRAT			
1) La clé du problème	p.27		
2) Les frontières du contractuel	p.28		
3) À l'insu de son plein gré	p.29		
4) Pas de question, pas d'aggravation	p.30		
5) Signer n'est pas jouer	p.32		
6) Aléa <i>jacta est</i>	p.34		
7) Tombé dans le panneau	p.35		
8) Une signature, s'il vous plaît	p.36		
9) Branchez les guitares, ajustez le contrat	p.37		
■ 1.B/ LE SINISTRE			
1) Badinter <i>for ever</i>	p.39		
2) Une catastrophe peut en cacher une autre	p.40		
3) L'homme pressé	p.41		
4) Carton rouge en l'absence d'arbitre	p.42		
5) Double effet <i>Kiss cool</i>	p.43		
6) Accord final en sol majeur (G-Dur)	p.44		
7) Chambre avec vue	p.45		
8) Donner c'est donner, reprendre c'est voler	p.46		
■ 2. ASSURANCE DE PERSONNES			
■ 2.A/ LE CONTRAT			
1) Hara-kiri sur la garantie	p.49		
2) Bière ou vin : il faut choisir	p.50		
3) Le comble de l'assureur	p.51		
4) Un assuré averti en vaut deux	p.52		
5) Un fixe très variable	p.53		
6) Le compte est bon	p.54		
		7) Il n'y a pas de petite infidélité	p.56
		8) Des limites de l'impressionnisme	p.57
		9) Des questions tu apprendras à formuler	p.58
		10) Informer ou laisser courir	p.59
		11) Qui gagne perd	p.60
		12) Allô ! Maurice ?	p.61
		■ 2.B/ LA MISE EN ŒUVRE DU CONTRAT	
		1) <i>Dependence Day</i>	p.63
		2) L'une ne va pas sans l'autre	p.64
		3) Sans famille mais non sans preuve	p.66
		4) Terrain glissant	p.68
		5) Médecins sans frontières	p.69
		6) Tu ne tueras point	p.70
		7) Brigitte Bardot, Bardot	p.71
		8) <i>Fructus et terminus</i>	p.72
		9) Pas de choix tue le choix	p.73
		10) Tic tac	p.74
		11) Trop tard c'est très vite	p.75
		■ 3. LES CHIFFRES	p.77
		■ 4. L'INTERNATIONAL	p.89
		■ 5. LA CHARTE DU CLUB DES MÉDIATEURS DE SERVICES AU PUBLIC	p.93
		■ 6. ANNEXES	
		Charte de La Médiation de l'Assurance	p.98
		Textes de référence	p.101
		Schéma de saisine	p.102
		Adresses utiles	p.103
		Organigramme de La Médiation de l'Assurance	p.104
		■ 7. INDEX	p.106

ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

1.A LE CONTRAT

LA CLÉ DU PROBLÈME

La couverture des contrats d'assurance dommage est parfois limitée aux biens à usage privé appartenant à l'assuré. Dans cette hypothèse, les dommages causés aux biens à usage mixte, confiés à l'assuré, ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge.

Un assuré, titulaire d'un contrat d'assurance affinitaire, a sollicité son assureur, afin d'obtenir la prise en charge des frais de remplacement des clés perdues de son véhicule de fonction. L'entreprise d'assurance a refusé la prise en charge de ce sinistre, au motif que l'assuré n'était pas propriétaire du véhicule de fonction. L'assureur a notamment relevé que la carte grise du véhicule n'indiquait pas que l'assuré en était le propriétaire. Il a alors été rappelé à l'assuré que le contrat n'avait vocation à garantir que : « *Les clés des habitations principales et secondaires des assurés ainsi que les clés de leur(s) véhicule(s) à usage privé* ».

Il découle de cette clause que seules sont garanties les clés des véhicules à usage privé des assurés.

En l'espèce, il n'était pas contesté que l'employeur était propriétaire du véhicule en cause, et que l'assuré en avait la seule disposition, au titre de ses fonctions. Ainsi, même si la clé perdue avait effectivement été confiée à l'assuré, il ne s'agissait pas d'une clé de « *[son] véhicule à usage privé* ».

En effet, soutenir l'inverse impliquerait que l'assureur se serait engagé à garantir la disparition des clés de tout véhicule confié à quelque titre que ce soit à l'assuré, ce qui est manifestement en contradiction avec l'emploi de

l'adjectif possessif « *leur(s)* » utilisé dans la définition contractuelle précitée.

Pour contester la décision de l'assureur, l'assuré s'est prévalu des dispositions de l'article 2276 du Code civil aux termes duquel : « *En fait de meubles, la possession vaut titre* ». Selon lui, les clés du véhicule de fonction, utilisé pour un usage tant professionnel que privé, étant à sa disposition, il en était devenu le propriétaire.

Or, la possession à laquelle l'article susvisé fait référence est une possession « *à titre de propriétaire* », ce qui signifie que la remise du bien ne doit pas avoir été réalisée en vertu d'un contrat (bail, dépôt, mandat...).

En l'occurrence, bien que le véhicule ainsi que ses accessoires, dont fait partie la clé perdue, aient été confiés à l'assuré dans l'exercice de ses fonctions, ce dernier n'en a que la disposition matérielle et non la possession à titre de propriétaire. L'article 2276 du Code civil n'est donc pas applicable.

Dans ces circonstances, et au regard des dispositions légales et contractuelles précitées, le Médiateur a conclu que l'assureur était justifié à refuser de prendre en charge le sinistre relatif à la perte des clés du véhicule de fonction mis à disposition de l'assuré. ●



L'ASSURÉ – AYANT L'USAGE D'UN BIEN DONT IL N'EST PAS PROPRIÉTAIRE – DOIT SE MONTRER ATTENTIF QUANT À L'ÉTENDUE DE LA COUVERTURE DES CONTRATS D'ASSURANCE QU'IL A SOUSCRITS. UNE ATTENTION PARTICULIÈRE EST RECOMMANDÉE EN MATIÈRE D'ASSURANCE AFFINITAIRE, OÙ LE CHAMP DE LA GARANTIE EST GÉNÉRALEMENT RESTREINT.



L'EXIGENCE DE PRÉCISION, IMPOSÉE À L'ASSUREUR, N'ENTRAÎNE PAS L'OBLIGATION DE DÉFINIR CHACUN DES TERMES CONTENUS DANS LA POLICE, DÈS LORS QUE LA CLAUSE EST SUFFISAMMENT CLAIRE ET QU'ELLE N'APPELLE PAS D'INTERPRÉTATION.

LES FRONTIÈRES DU CONTRACTUEL

Une condition de garantie qui n'a pas été prévue par le contrat d'assurance et dont l'assuré n'a ainsi pas pu prendre connaissance ne peut valablement lui être opposée.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS
À ÊTRE VIGILANTS QUANT AUX
MESURES DE PRÉVENTION
STIPULÉES DANS LEURS CONTRATS
D'ASSURANCE, AFIN D'ÉVITER NON
SEULEMENT LA SURVENANCE D'UN
SINISTRE, MAIS AUSSI UN ÉVENTUEL
REFUS PAR L'ASSUREUR DU BÉNÉFICE
DE LA GARANTIE.

Lorsqu'une condition de garantie impose à l'assuré la mise en œuvre de mesures de protection, l'assureur peut légitimement opposer un refus de garantie à son assuré si ces mesures n'ont pas été respectées.

Cependant, si l'assureur est libre de déterminer, au sein du contrat, les risques qu'il entend ou non garantir, ainsi que les conditions de mise en œuvre des garanties, encore faut-il que toutes les dispositions qu'il souhaite voir appliquer soient stipulées dans les documents contractuels. À défaut, l'assureur ne peut refuser de délivrer sa garantie.

Dans un cas d'espèce, un assuré s'était fait dérober son véhicule, après en avoir égaré les

clés, la veille. L'assureur a alors opposé à son assuré le fait qu'aucune mesure de protection n'avait été mise en place afin d'éviter le vol du véhicule à la suite de la perte des clés, comme le retrait de la batterie ou la pose d'une canne bloque-volant. Toutefois, les mesures de protection et les moyens de prévention stipulés aux conditions générales ne faisaient aucunement référence à la perte ou au vol des clés du véhicule et n'imposaient donc pas, dans ce cas, le retrait de la batterie, ni la pose d'une barre antivol sur le volant.

Ainsi, en l'absence d'une telle clause contractuelle, l'assureur ne pouvait se prévaloir de cet argument pour refuser de délivrer sa garantie. ●



IL EST LÉGITIME POUR UN ASSUREUR
DE VEILLER À CE QUE LES MESURES
DE PRÉVENTION ET LES MOYENS
DE PROTECTION PRESCRITS SOIENT
RESPECTÉS PAR L'ASSURÉ.

IL N'EN DEMEURE PAS MOINS QUE
L'ASSUREUR NE PEUT REPROCHER
À SON ASSURÉ DE NE PAS AVOIR
APPLIQUÉ DES MESURES DE PRÉVEN-
TION NON CONTRACTUELLEMENT
PRÉVUES, MÊME LORSQUE CELLES-CI
RELÈVERAIENT D'UNE GESTION DE
« BON PÈRE DE FAMILLE ».

À L'INSU DE SON PLEIN GRÉ

Les véhicules terrestres à moteur doivent obligatoirement être couverts par une assurance de responsabilité civile garantissant les dommages causés aux tiers. En application des dispositions légales, la victime d'un accident de la circulation doit être indemnisée par l'assureur, lorsque le conducteur a pris le véhicule à l'insu de son propriétaire.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile, mentionnant son fils en qualité de conducteur occasionnel.

Le fils de l'assuré a prêté le véhicule à un ami, qui l'a prêté à un autre ami. Ce dernier a causé un accident de la circulation impliquant trois véhicules.

Le conducteur du véhicule au moment du sinistre était sous l'empire d'un état alcoolique. De plus, il n'était pas titulaire du permis de conduire. L'entreprise d'assurance a procédé à l'indemnisation des parties adverses, puis a demandé à son assuré le remboursement des sommes versées.

La position de l'assureur était fondée sur une exclusion contractuelle de garantie privant l'assuré de l'indemnisation si, au moment du sinistre, le conducteur du véhicule assuré n'avait pas l'âge requis ou n'était pas titulaire des certificats en état de validité, exigés par la réglementation en vigueur, pour la conduite du véhicule.

L'exclusion susvisée reprend les termes de l'article R.211-10 du Code des assurances. Elle permet à un assureur de ne pas prendre en charge des dommages lorsque le conducteur du véhicule n'est pas titulaire du permis de conduire.

L'assuré a contesté cette décision en arguant que le contrat prévoyait, en application de ce même article, une exception à cette exclusion : en cas d'utilisation du véhicule à son insu.

En l'espèce, l'assuré a fourni une déclaration sur l'honneur de l'ami de son fils, attestant du prêt du véhicule à un tiers, sans le consentement de l'assuré, ni de son fils.

Toutefois, l'assureur estimait que les faits relatés ne correspondaient pas à la définition de « prise à l'insu », dans la mesure où chaque protagoniste avait volontairement remis les clés du véhicule, transférant ainsi la garde juridique du véhicule lors de chaque prêt.

Or, les dispositions du Code des assurances ne font pas référence à la notion de transfert de la garde du véhicule assuré. Elles exigent uniquement que le véhicule ait été utilisé par un tiers, sans que l'assuré en ait été informé.

Au regard des éléments du dossier, il apparaît que le conducteur au moment du sinistre avait pris possession du véhicule sans le consentement de l'assuré et sans que ce dernier en soit informé. Le Médiateur a donc considéré que le véhicule avait effectivement été utilisé à l'insu de l'assuré.

Ainsi, l'exception légale interdisant à l'assureur de se prévaloir de l'exclusion de garantie relative à la conduite par une personne non titulaire du permis de conduire lorsque le véhicule est utilisé à l'insu de l'assuré, était applicable au cas d'espèce.

La garantie contractuelle étant due, l'assureur ne pouvait demander à l'assuré de procéder au remboursement des sommes versées aux victimes, en l'absence de dispositions légales prévoyant un tel recours. ●



EN MATIÈRE D'ASSURANCE
OBLIGATOIRE DES VÉHICULES,
LES EXCLUSIONS DE GARANTIE
SONT LIMITATIVEMENT ÉNUMÉRÉES
PAR LES ARTICLES R.211-10 ET R.211-1
DU CODE DES ASSURANCES.
POUR ÊTRE OPPOSABLES,
CES EXCEPTIONS DOIVENT ÊTRE
RAPPELÉES AU SEIN DE LA POLICE.

PAS DE QUESTION, PAS D'AGGRAVATION

Le contrat d'assurance a pour objet de garantir le risque de survenance d'un événement aléatoire. Pour appréhender ce risque, l'assureur doit interroger l'assuré lors de la souscription du contrat. Toutefois, la situation de l'assuré pouvant évoluer en cours de contrat, le Code des assurances lui impose d'en informer l'assureur, lorsque cette évolution impacte les réponses initialement communiquées.



POUR LA PROTECTION DE LA MUTUALITÉ, L'ASSURÉ DOIT PERMETTRE À L'ASSUREUR D'APPRÉCIER EXACTEMENT LE RISQUE À GARANTIR, EN RÉPONDANT SINCÈREMENT ET EXACTEMENT AUX QUESTIONS POSÉES LORS DE LA CONCLUSION DU CONTRAT.

IL LUI INCOMBE ÉGALEMENT D'INFORMER L'ASSUREUR, EN COURS DE CONTRAT, D'UNE MODIFICATION DE SA SITUATION AYANT UN IMPACT SUR LES INFORMATIONS COMMUNIQUÉES À L'ASSUREUR LORS DE LA SOUSCRIPTION.

CETTE OBLIGATION NE DOIT PAS ÊTRE SOUS-ESTIMÉE, AU RISQUE DE VOIR SON INDEMNITÉ RÉDUITE OU SON CONTRAT ANNULÉ.

Un assuré ayant souscrit un contrat d'assurance automobile en 2011, déclare un accident de la circulation non responsable à son assureur en 2017.

Au cours de l'instruction du sinistre, l'assureur découvre que l'assuré a fait l'objet d'une mesure de suspension de permis de conduire en 2014.

L'assureur indique alors procéder à l'annulation du contrat d'assurance, reprochant à l'assuré de ne pas lui avoir communiqué cette information, constituant une aggravation du risque en cours de contrat.

L'article L.113-2 3° du Code des assurances impose effectivement à l'assuré de déclarer, en cours de contrat, les circonstances nouvelles ayant pour conséquence d'aggraver les risques ou d'en créer de nouveaux, rendant ainsi inexacts ou caduques les réponses faites à l'assureur lors de la souscription.

Puisque la circonstance nouvelle doit avoir une incidence sur les informations initialement communiquées par l'assuré, il en résulte que l'obligation de déclaration en cours de contrat ne s'applique qu'aux éléments ayant fait l'objet d'une question par l'assureur à l'occasion de la conclusion du contrat.

Dans cette hypothèse, l'assuré qui omet de déclarer une modification du risque encourt, s'il est de mauvaise foi, la nullité de son contrat d'assurance (article L.113-8 du Code des assurances) ou la réduction de son droit à indemnisation s'il est de bonne foi (article L.113-9 du Code des assurances).

En l'espèce, l'assureur ne démontrait pas qu'une question relative à l'existence ou non d'une suspension de permis de conduire, actuelle ou passée, et à laquelle l'assuré aurait répondu par la négative, ait été posée lors de la souscription.

En l'absence de question, et donc de réponse relative à une mesure de suspension du permis de conduire lors de la souscription du contrat, les dispositions de l'article L.113-2 3° du Code des assurances – imposant déclaration en cours de contrat – n'étaient pas applicables.

Par conséquent, et dès lors que l'assuré n'était pas tenu à une obligation de déclarer la suspension de son permis de conduire, l'assureur ne pouvait le sanctionner en appliquant l'article L.113-8 du Code des assurances. ●



L'ASSUREUR, EN SA QUALITÉ DE PROFESSIONNEL, DOIT DÉTERMINER PRÉALABLEMENT À LA SOUSCRIPTION LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES À L'ÉVALUATION DU RISQUE À GARANTIR.

EN L'ABSENCE D'OBLIGATION DE DÉCLARATION SPONTANÉE – TANT À LA SOUSCRIPTION QU'EN COURS DE CONTRAT – IL NE PEUT SANCTIONNER UN ASSURÉ POUR NE PAS AVOIR PORTÉ À SA CONNAISSANCE UN ÉLÉMENT QUI N'AVAIT PAS FAIT L'OBJET D'UNE QUESTION LORS DE LA CONCLUSION DE LA POLICE.

POUR PROTÉGER LES ASSURÉS DE BONNE FOI, LES AVIS D'ÉCHÉANCE POURRAIENT UTILEMENT RAPPELER AUX ASSURÉS LEUR OBLIGATION DE DÉCLARER UNE AGGRAVATION DU RISQUE OU L'APPARITION D'UN RISQUE NOUVEAU, AU SENS DE L'ARTICLE L.113-2 3° DU CODE DES ASSURANCES.

SIGNER N'EST PAS JOUER

L'adhésion à un contrat d'assurance dit « affinitaire » simultanément à l'achat d'un produit ou d'un service est souvent source d'incompréhension entre l'assuré et son assureur.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ENTREPRISES D'ASSURANCE, LORSQUE L'ADHÉSION À UN CONTRAT D'ASSURANCE A LIEU CONJOINTEMENT À LA VENTE D'UN OBJET OU LA FOURNITURE D'UN SERVICE PRINCIPAL, À VEILLER À CE QUE LES DOCUMENTS CONTRACTUELS SOIENT EFFECTIVEMENT REMIS À L'ASSURÉ.

Les assurés contestent souvent la validité de leur adhésion à un contrat d'assurance souscrit en point de vente en complément de l'achat d'un bien ou service principal.

Dans un souci de protection du consommateur, le législateur a mis à la charge de l'assureur un certain nombre d'obligations, avant la conclusion du contrat, aux termes de l'article L.112-2 du Code des assurances. Ces obligations visent à s'assurer que les consommateurs sont informés du contenu de leur contrat. Ainsi l'assureur doit-il obligatoirement fournir une fiche d'information sur le prix et les garanties.

Il doit également remettre 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.

Bien que régulièrement alertés sur l'importance de lire attentivement les documents qui leur sont remis et sur lesquels ils ont apposé leur signature, nombreux sont les assurés à ne pas lire ce qu'ils signent, contestant *a posteriori* le contenu de ce qu'ils ont signé.

Un assuré a ainsi signé plusieurs documents relatifs à un contrat d'assurance, en se rendant en boutique pour acheter un téléphone portable.

Arguant d'une incompréhension, l'assuré a réfuté son intention d'adhérer à cette assurance et a demandé à bénéficier de la faculté de renonciation. L'assureur a refusé de faire droit à cette demande.

Les reproches de l'assuré portaient sur la non-réception de la notice d'information, l'empêchant d'exercer sa faculté de renonciation, dans l'ignorance de ses modalités.

L'analyse des documents communiqués a montré que l'assuré avait signé le bulletin d'adhésion libellé à son nom ainsi qu'un mandat de prélèvement mensuel.

Par ailleurs, la signature était précédée d'une mention indiquant que la notice d'information valant conditions générales avait été remise ou envoyée lors de l'adhésion au contrat.

Le Médiateur, dans la logique de la jurisprudence de la Cour de cassation, a considéré qu'en apposant sa signature sur le bulletin d'adhésion, l'assuré a nécessairement reconnu avoir pris connaissance de la notice et que les modalités de renonciation contenues dans ce document lui étaient, dès lors, opposables.

En pratique, il est courant – notamment en matière d'assurance affinitaire – qu'une multitude de documents soient remis au client pour

signature, certains concernant la vente du bien ou du service principal, d'autres relatifs à l'assurance. Il arrive alors, trop souvent, que le prospect signe les documents soumis sans y porter grande attention.

Or, la signature du bulletin d'adhésion – contenant une clause par laquelle l'assuré reconnaît avoir reçu un exemplaire des conditions contractuelles – a nécessairement pour effet de lui rendre opposable l'ensemble des informations contenues dans les documents contractuels.

Dans nombre d'hypothèses, les documents ne sont en réalité pas remis au souscripteur avant la conclusion du contrat. Pour autant, l'existence d'une mention attestant de leur réception, signée par le souscripteur, interdit, *de facto* et *de jure*, toute contestation ultérieure sur ce point. ●



QUELLES QUE SOIENT LES
CIRCONSTANCES DE SA
SOUSCRIPTION, L'ASSURÉ DOIT
PORTER LA PLUS GRANDE ATTENTION,
AVANT D'APPOSER SA SIGNATURE,
À BIEN SE FAIRE REMETTRE TOUS LES
DOCUMENTS CONTRACTUELS
CONVENUS ET À EN PRENDRE
CONNAISSANCE.

ALÉA JACTA EST

En matière d'assurance de dommages, l'assureur refuse parfois de délivrer sa garantie en cas de sinistre, en opposant un défaut d'aléa à la souscription. L'assureur doit alors démontrer que l'assuré avait connaissance du fait générateur lors de la souscription.



L'ASSUREUR INVOQUANT LE DÉFAUT D'ALÉA POUR REFUSER SA GARANTIE DOIT ÉTABLIR LA CONNAISSANCE DU FAIT DOMMAGEABLE PAR L'ASSURÉ À LA SOUSCRIPTION DU CONTRAT.

À DÉFAUT, IL DEVRA MOBILISER SA GARANTIE, MÊME SI LE FAIT DOMMAGEABLE EST ANTÉRIEUR À LA SOUSCRIPTION.

L'aléa est l'essence même du contrat d'assurance. Son absence voue le contrat à la nullité. Ainsi, selon l'article L.121-15 du Code des assurances, « l'assurance est nulle si, au moment du contrat, la chose assurée a déjà péri ou ne peut plus être exposée aux risques ».

Il existe deux façons d'apprécier l'aléa. La première est objective : pour qu'il y ait aléa, le fait dommageable ne doit pas être réalisé avant la conclusion du contrat. L'ignorance des parties est dépourvue de toute incidence. À l'opposé, dans une conception subjective, le risque s'apprécie au regard des parties contractantes : il y a aléa dès lors que les parties ignorent la réalisation du risque. C'est la théorie du risque putatif : l'aléa existe seulement dans l'esprit des parties.

En l'état du droit positif, la conception subjective semble prévaloir. Ainsi a-t-il été jugé que la seule circonstance que le fait dommageable soit antérieur à la prise d'effet de la garantie ne suffit pas à exclure sa mise en œuvre. Il convient encore d'établir que l'assuré avait connaissance du fait dommageable à la date de la souscription de la garantie (Cass. Civ. 2^e, 26 mars 2015, n°14-14.661).

L'assureur invoquant le défaut d'aléa, pour refuser sa garantie, doit donc non seulement démontrer que les éléments constitutifs se sont

réalisés avant la souscription, « et en même temps » que l'assuré en avait connaissance, avant la prise d'effet de la garantie.

Dans les dossiers faisant état d'un refus de garantie en raison d'un défaut d'aléa, 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.121-15 du Code des assurances.

À titre d'illustration, un syndicat de copropriétaires ayant souscrit une police d'assurance « *multirisque immeuble* », a déclaré à son assureur un sinistre dégât des eaux affectant la structure du plancher entre le rez-de-chaussée et le premier étage de l'immeuble assuré.

L'expertise ordonnée par l'assureur a relevé que le sinistre avait pour origine des infiltrations lentes et anciennes remontant à plusieurs années. L'assureur a de ce fait refusé de délivrer sa garantie dégât des eaux en invoquant le défaut d'aléa.

Toutefois, en l'absence de preuve de la connaissance par l'assuré du fait dommageable à la souscription du contrat d'assurance, le Médiateur a invité l'assureur à intervenir dans le cadre de sa garantie dont les conditions de mise en œuvre étaient visiblement réunies. ●

TOMBÉ DANS LE PANNEAU

Le devoir de conseil pesant sur l'assureur ne se limite pas à la souscription du contrat et perdure tout au long de la relation contractuelle.

S'il appartient à l'assuré d'informer son assureur de toute évolution de sa situation, il revient à ce dernier de s'assurer de la conformité du contrat ainsi modifié, aux besoins exprimés par l'assuré.

Pour ce faire, l'assureur doit étudier chaque demande de l'assuré à la lumière du contrat existant et doit donc procéder aux modifications demandées, ainsi qu'à celles que ces dernières ont rendues nécessaires.

Dans un cas d'espèce, un assuré a sollicité son assureur, en lui indiquant son souhait de faire installer des panneaux photovoltaïques sur son garage. L'assureur a rapidement édité une attestation d'assurance garantissant l'installation solaire, sans toutefois relever que le garage concerné constituait une dépendance au sens du contrat, qui ne pouvait être garantie qu'à condition d'être mentionnée aux conditions particulières.

Ainsi, lorsqu'un sinistre incendie est survenu,

l'assureur a refusé de prendre en charge les dommages, le bâtiment sinistré n'étant pas garanti.

Le Médiateur a toutefois relevé que l'assuré avait clairement indiqué dans sa demande de modification que les panneaux photovoltaïques qu'il souhaitait assurer devaient être posés sur le toit de son garage, de sorte que l'assureur aurait dû inclure – dans la proposition d'avenant modificatif – ledit garage parmi les dépendances assurées.

En n'y procédant pas, l'assureur a manqué à son devoir de conseil.

Ce manquement de l'assureur a causé une perte de chance pour l'assuré, constituée par l'impossibilité de pouvoir obtenir la couverture du sinistre survenu.

Par conséquent, le Médiateur a invité l'entreprise d'assurance à verser une indemnisation à l'assuré. ●



L'ASSUREUR DOIT ÊTRE CAPABLE DE GUIDER LE CONSOMMATEUR AU MIEUX DE SES INTÉRÊTS, EN TOUTE OCCASION, ET NOTAMMENT LORSQUE L'ASSURÉ L'INFORME D'UN CHANGEMENT DE SA SITUATION.

UNE SIGNATURE, S'IL VOUS PLAÎT !

La modification du contrat d'assurance peut être source de litiges entre un assuré et son assureur, notamment en l'absence de signature de l'avenant la constatant.



AFIN DE LIMITER LES LITIGES
POUVANT SURVENIR EN RAISON
DE L'ABSENCE DE SIGNATURE
DES CONDITIONS PARTICULIÈRES
OU DES AVENANTS, LE MÉDIATEUR
INVITE LES ENTREPRISES
D'ASSURANCE À VEILLER À LA
SIGNATURE EFFECTIVE DE CES
DOCUMENTS CONTRACTUELS
TANT LORS DE LA SOUSCRIPTION
QU'EN COURS DE CONTRAT EN CAS
DE MODIFICATION.

En principe, la modification du contrat d'assurance s'opère par la seule rencontre des volontés (Cass. civ. 2^e, 22 avr. 1992, n°89-10.822). Toutefois, la preuve de la modification du contrat est subordonnée à la rédaction d'un écrit (Cass. civ. 2^e, 17 mars 2011, n°10-16.553). Conformément à l'article 1364 du Code civil, la preuve par écrit peut résulter notamment d'un acte sous seing privé. À cet effet, l'article L.112-3 alinéa 5 du Code des assurances impose la signature d'un avenant pour toute modification du contrat. Des difficultés peuvent néanmoins survenir lorsque l'avenant constatant la modification n'est pas revêtu de la signature de l'assuré.

En application du droit commun de la preuve, en l'absence de présentation d'un avenant signé, l'assureur peut se prévaloir d'un commencement de preuve par écrit. Cette preuve supplétive est définie par l'article 1362 du Code civil comme étant un écrit qui, émanant de la personne à qui on l'oppose, rend vraisemblable ce qui est allégué. Ce commencement de preuve par écrit doit être corroboré par un autre moyen de preuve, aux termes de l'article 1361 du Code civil.

Conformément à la jurisprudence, le Médiateur considérera que la modification est opposable à l'assuré, même en l'absence d'avenant signé, dès lors que l'assureur peut se prévaloir d'écrits

émanant de l'assuré (tels que des courriers, des mails) rendant vraisemblable la modification opérée, et qui sont corroborés par d'autres éléments (comme le paiement d'une prime majorée ou minorée, la sollicitation d'une nouvelle garantie, etc.).

Un assuré a ainsi procédé par téléphone à la modification de son contrat d'assurance automobile, en sollicitant une prise d'effet différée, afin de restreindre ses garanties. Un sinistre est survenu quelques jours après cette demande de modification et avant réception du contrat modifié. L'assureur a alors refusé de prendre en charge ce sinistre considérant que les nouvelles conditions de garanties avaient pris effet au jour de la demande de l'assuré.

Le Médiateur a rappelé le principe du consensualisme, selon lequel la modification est valable dès la rencontre des volontés.

Toutefois, l'assureur n'avait pu fournir aucun élément permettant de prouver que les parties s'étaient mises d'accord pour modifier à la baisse les garanties.

Le Médiateur a donc considéré que la modification ne pouvait être opposable à l'assuré, de sorte que l'assureur a dû prendre en charge le sinistre conformément aux dispositions contractuelles initiales. ●

BRANCHEZ LES GUITARES, AJUSTEZ LE CONTRAT

Généralement, l'assuré n'a pas conscience de la valeur vénale de ses biens, et encore moins du coût potentiel de leur endommagement. Il peut, plus facilement encore, oublier de revaloriser le montant assuré au fil de la vie du foyer. Acquisition d'effets personnels, évolution du prix d'objets de valeur, nouveaux équipements... autant d'éléments à prendre en compte, mais trop souvent omis. Or, si la valeur des biens assurés au contrat est sous-estimée, l'indemnisation sera insuffisante en cas de sinistre.

Habituellement, au moment de la conclusion du contrat, l'assureur demande au souscripteur de procéder à une estimation monétaire de son mobilier, afin de déterminer le montant global pour lequel il entend assurer ses biens.

En effet, en matière d'assurance habitation, l'assuré ne pourra obtenir – en cas de sinistre – d'indemnisation d'un montant supérieur aux plafonds de garantie prévus.

Aussi l'assuré doit-il porter la plus grande attention à l'évaluation de ses biens à la souscription, afin que le montant de la garantie soit en adéquation avec sa situation.

Or, la valeur de son patrimoine peut évoluer au fil des années, à la suite d'acquisitions ou de successions.

Tel était le cas d'un consommateur – producteur musical de profession – ayant souscrit un contrat d'assurance habitation, stipulant un plafond de garantie d'un montant de 5.000 euros en cas de vol des objets précieux.

Quelques années plus tard, l'assuré a été victime du vol, à son domicile, de ses nombreux instruments de musique de valeur. Le montant de l'indemnisation, limité au plafond de garantie – très inférieur à la valeur des biens disparus – a donné lieu à une contestation.

L'assuré a alors reproché à son assureur un

manquement au devoir de conseil, portant notamment sur l'absence de proposition de la souscription de la garantie « *instruments de musique* ».

Le Médiateur a constaté que les factures fournies par l'assuré concernant l'achat des instruments de musique étaient toutes postérieures à la date de souscription de son contrat. Ainsi la souscription d'une garantie couvrant spécifiquement les instruments de musique n'aurait pas été opportune à la conclusion du contrat. En ce sens, la Cour de cassation a récemment précisé que l'assuré, qui n'a pas averti l'assureur de l'existence de biens de valeur, ne peut lui reprocher l'absence de proposition de souscription d'une garantie particulière (Cass., civ. 2^e, 17 janvier 2019, n°17-26.750). Il a donc été rappelé à l'assuré qu'il lui revenait – en cours de contrat – de se rapprocher de son assureur en cas d'acquisition d'éventuels biens de valeur postérieurement à la souscription de son contrat, afin qu'il puisse être procédé, le cas échéant, à un réajustement des plafonds de garantie, voire à la souscription de nouvelles garanties adaptées à sa situation.

En l'absence d'une telle déclaration par l'assuré, il ne pouvait être reproché à l'assureur de manquement à son devoir de conseil. ●



IL CONVIENT DE RÉEXAMINER
RÉGULIÈREMENT LES GARANTIES
DE SON CONTRAT D'ASSURANCE
POUR PRENDRE EN COMPTE LA
DISPOSITION DE NOUVEAUX BIENS.



AFIN D'ÉVITER DE DOMMAGEABLES
DISTORSIONS ENTRE LES GARANTIES
SOUSCRITES ET LA RÉALITÉ DES
BESOINS DE L'ASSURÉ, LES ASSUREURS
DOIVENT PLUS ATTIRER L'ATTENTION
DES ASSURÉS – PAR EXEMPLE
DANS LES AVIS D'ÉCHÉANCE –
SUR L'INTÉRÊT DE PROCÉDER
PÉRIODIQUEMENT À UNE MISE
À JOUR DE LEURS GARANTIES EN
FONCTION DES ÉVOLUTIONS
DE LEUR SITUATION.

ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

1.B LE SINISTRE

BADINTER *FOR EVER*

La loi Badinter du 5 juillet 1985 a pour objectif d'organiser et d'accélérer l'indemnisation par les assurances des victimes blessées et des ayants droit des victimes décédées dans un accident de la route. Toutefois, ce régime spécial d'indemnisation des victimes d'un accident de la circulation est à distinguer de la détermination de la responsabilité du conducteur impliqué et de l'évolution de son coefficient de réduction-majoration.

Il ressort de l'article 3 de la loi Badinter du 5 juillet 1985 que les victimes non conductrices, telles qu'un piéton, sont systématiquement indemnisées en cas d'accident avec un véhicule terrestre à moteur, sauf si elles ont commis une faute inexcusable.

Les victimes âgées de moins de seize ans ou de plus de soixante-dix, ou lorsque – quel que soit leur âge – elles sont titulaires, au moment de l'accident, d'un titre leur reconnaissant un taux d'incapacité permanente ou d'invalidité au moins égal à 80 %, seront indemnisées, dans tous les cas, des dommages résultant des atteintes à leur personne. Toutefois, si la victime a volontairement recherché le dommage subi, elle ne sera pas indemnisée.

La question de l'implication, qui conditionne l'indemnisation des victimes, doit être distinguée de la responsabilité éventuelle du conducteur.

Dans un litige soumis à la Médiation, un jeune piéton a été victime d'un accident de la circulation.

Des pièces communiquées au Médiateur, il est apparu que cet enfant, ayant aperçu sa mère de l'autre côté d'une rue, s'est précipité sans précaution pour la rejoindre. Il a alors percuté le véhicule de l'assuré, au niveau de la portière. Ni la mère de l'enfant, ni les autorités de police présentes sur les lieux n'ont tenu pour responsable le conducteur du véhicule.

L'entreprise d'assurance a toutefois retenu la responsabilité du conducteur, appliquant un malus sur son coefficient de réduction-majoration.

Or, aucun élément fourni au dossier ne permettait d'attester que le conducteur assuré avait commis une faute, ce dernier roulant à vitesse très réduite, sans possibilité d'éviter le jeune enfant qui a traversé rapidement la rue.

En conséquence, bien qu'en vertu de l'article 3 de la loi Badinter du 5 juillet 1985 l'enfant victime devait être indemnisé des dommages portant atteinte à sa personne, la responsabilité du conducteur ne pouvait en l'espèce être retenue, et le coefficient de réduction-majoration ne pouvait, dès lors, évoluer. ●



LE MÉDIATEUR S'ATTACHE À DÉTERMINER LA RESPONSABILITÉ D'UN CONDUCTEUR D'UN VÉHICULE TERRESTRE À MOTEUR EN ELLE-MÊME, C'EST-À-DIRE INDÉPENDAMMENT D'UNE FAUTE ÉVENTUELLEMENT COMMISE PAR UNE VICTIME OU UN CONDUCTEUR ADVERSE.

UNE CATASTROPHE PEUT EN CACHER UNE AUTRE

La garantie catastrophe naturelle, obligatoirement incluse dans les contrats dommages aux biens, s'applique à la condition impérative que l'agent naturel soit la cause déterminante du sinistre.



LA SEULE CONSTATATION DE DOMMAGES À LA SUITE D'UNE CATASTROPHE NATURELLE NE SUFFIT PAS À ENTRAÎNER LA GARANTIE DE L'ASSUREUR. L'ASSURÉ DOIT RAPPORTER LA PREUVE QUE L'AGENT NATUREL CONSTITUE BIEN LA CAUSE DÉTERMINANTE DU SINISTRE, SANS LAQUELLE IL NE SERAIT PAS SURVENU.



EN CAS DE PLURALITÉ DE CAUSES DU SINISTRE RETENUES PAR L'EXPERT, IL APPARTIENT À L'ASSUREUR DE LUI DEMANDER D'INDIQUER SI L'AGENT NATUREL EST LA CAUSE DÉTERMINANTE DU SINISTRE, AFIN DE SE PRONONCER SUR SA PRISE EN CHARGE.

Un assuré a déclaré des désordres survenus à son habitation à la suite de la parution d'un arrêté de catastrophe naturelle sécheresse.

si le rapport d'expertise indique clairement que sans l'agent naturel, le sinistre ne serait pas survenu.

Conformément à l'article L.125-1 du Code des assurances, la prise en charge du sinistre est conditionnée à la réunion des trois éléments suivants :

- des dommages matériels directs non assurables,
- ayant pour cause déterminante l'intensité anormale d'un agent naturel,
- n'ayant pu être évités par les mesures habituelles.

Dans le cas d'espèce, l'expert, missionné par l'assureur, a conclu que les dommages n'étaient pas liés à la sécheresse et que les dégradations étaient visiblement anciennes.

Dès lors, l'assureur a refusé d'indemniser son assuré en lui précisant notamment que les désordres étaient apparus avant l'épisode de sécheresse, de sorte que la garantie contractuelle ne pouvait être mobilisée. L'assuré a contesté cette décision.

Les conditions générales des contrats multi-risques habitation reprennent généralement ces dispositions, au paragraphe « *catastrophes naturelles* ».

La cause déterminante du sinistre étant souvent un point litigieux, il convient de vérifier

Au regard des conclusions expertales, le Médiateur a confirmé la position de l'assureur. En effet, la sécheresse et la réhydratation des sols survenues n'étaient pas la cause déterminante du sinistre, puisque même en l'absence de ces agents naturels, les désordres étaient déjà, pour partie, existants. ●

L'HOMME PRESSÉ

La survenance d'un sinistre, si traumatisant qu'il soit ressenti, conduit parfois l'assuré à agir avec précipitation, à ses dépens.

L'habitation de Monsieur Pressé subit une grave inondation endommageant meubles et biens électroménagers.

Le réclamant explique que dans un souci d'efficacité et pour éviter de plus amples désagréments, il s'est débarrassé, dès le lendemain du sinistre, de tous ses biens endommagés. Dans le même temps, il s'était rapproché de son assureur pour déclarer le sinistre et solliciter son indemnisation en fournissant la preuve des biens rachetés à la suite de son sinistre.

Lors de la visite de l'expert, ce dernier n'a pu que constater l'achat des nouveaux biens, mais n'a pu vérifier l'existence des biens sinistrés ni leur valeur par suite de leur disparition. La situation est identique lorsque l'assuré procède aux travaux de réparation et de peinture à la suite d'un dégât des eaux, avant toute visite de l'expert de l'assureur, le mettant ainsi dans l'impossibilité de constater et vérifier l'étendue du sinistre.

Dans ces circonstances, l'expert ne pouvant procéder à aucune constatation, la société d'assurance ne peut délivrer sa garantie.

Le Médiateur est contraint, dans les dossiers soumis à son examen, de rappeler l'alinéa premier de l'article 1353 du Code civil, selon

lequel « *Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver* ». Il résulte de ce principe fondamental que la charge de la preuve pèse sur celui qui invoque l'obligation, en l'espèce l'assuré qui sollicite le bénéfice de la garantie délivrée par son assureur.

En effet le requérant doit étayer de manière probante sa réclamation en rapportant la preuve de ses allégations et la justification de l'évaluation du préjudice subi. En l'espèce, l'assuré avait transmis :

- d'une part, des photos du lieu avant le sinistre ;
- d'autre part, les factures permettant de justifier de l'existence et de la propriété de certains biens mobiliers.

Pour autant, ces photos, si elles peuvent constituer un début d'indice, ne permettent pas d'établir la preuve que ces biens avaient été effectivement endommagés par l'inondation.

Dans ces dossiers, où l'assureur ne peut procéder à aucune vérification, le Médiateur est contraint de confirmer la décision de l'assureur. À la suite d'un sinistre, il est donc nécessaire d'en conserver toutes les preuves dans un souci de parfaite indemnisation. Il en est de même de l'obtention de l'accord de l'assureur quant à la réalisation des travaux, au risque de voir son droit à garantie rejeté. ●



AU LENDEMAIN DE LA SURVENANCE D'UN SINISTRE, LES ENTREPRISES D'ASSURANCE DEVRAIENT RAPPELER AUX ASSURÉS, AVEC TOUJOURS PLUS DE PÉDAGOGIE, LA LOGIQUE NÉCESSITÉ DE CONSERVER LA PREUVE DU SINISTRE SUBI JUSQU'AU PASSAGE DE L'EXPERT ET, PLUS GÉNÉRALEMENT, LES MODALITÉS DE SA DÉCLARATION. LA DÉLIVRANCE DE CETTE INFORMATION ET SON APPRÉHENSION EFFECTIVE SONT AU CŒUR DE LA VALEUR AJOUTÉE.



LISEZ VOTRE CONTRAT ET CONSERVEZ TOUT !
LA CONDUITE À TENIR APRÈS UN SINISTRE EST GÉNÉRALEMENT DÉCRITE DANS LES CONDITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT. LEUR LECTURE EFFECTIVE AVANT TOUTE DÉCLARATION DE SINISTRE SERA DE NATURE À MINORER LA TENSION INDUITE PAR LA SURVENANCE DE L'ÉVÈNEMENT DOULOUREUX, ET LEUR RESPECT ÉVITERA TOUTE FRUSTRATION SUPPLÉMENTAIRE OU AGISSEMENT PRÉMATURÉ REGRETTABLE.

CARTON ROUGE EN L'ABSENCE D'ARBITRE

En matière de protection juridique, le législateur a, dans un souci de protection des assurés, imposé un certain nombre d'obligations aux assureurs. Parmi elles, figure l'obligation d'information relative à la faculté d'arbitrage par un tiers, en cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré sur les mesures à prendre pour régler un différend.



EN CAS DE REFUS DE L'ASSUREUR DE PROTECTION JURIDIQUE DE PRENDRE EN CHARGE UN RECOURS, L'ASSURÉ PEUT SOLLICITER LA MISE EN PLACE D'UNE PROCÉDURE D'ARBITRAGE, AUX FRAIS DE L'ASSUREUR. TOUTEFOIS, CES FRAIS PEUVENT ÊTRE MIS À LA CHARGE DE L'ASSURÉ LORSQUE CETTE FACULTÉ EST EXERCÉE ABUSIVEMENT.



L'ASSUREUR NE PEUT ÊTRE SEUL JUGE DE L'OPPORTUNITÉ D'UNE ACTION SOUHAITÉE PAR L'ASSURÉ. IL LUI APPARTIENT, COMME L'IMPOSE LA LOI, DE RAPPELER À L'ASSURÉ LES POSSIBILITÉS OFFERTES EN CAS DE DÉSACCORD SUR LES MESURES À PRENDRE POUR RÉGLER UN DIFFÉREND.

Alors qu'il circulait en scooter, un assuré a été victime d'un accident. Afin d'obtenir la réparation de son préjudice, il a sollicité la mise en œuvre de sa garantie « protection juridique ».

L'assureur a confirmé prendre en charge les frais et honoraires de l'avocat saisi, dans la limite des barèmes et plafonds contractuellement prévus.

En première instance et en appel, les demandes de l'assuré n'ont été que partiellement accueillies.

Avant de former un pourvoi en cassation, l'assuré a demandé la saisine d'un avocat aux conseils afin d'obtenir une consultation évaluant ses chances de succès.

L'assureur, estimant ce pourvoi inopportun, a refusé d'accéder à cette demande mais a indiqué à l'assuré qu'il prendrait en charge les frais et honoraires de cette procédure si la décision rendue s'avérait favorable.

L'avocat sollicité ayant estimé que le pourvoi était dénué de toute chance de succès, l'assuré a demandé le remboursement du montant de cette consultation, ce que l'assureur a refusé.

Or, l'article L.127-4 du Code des assurances prévoit que « le contrat stipule qu'en cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le président du tribunal

de grande instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'assureur ».

En outre, l'article L.127-5 du même Code précise qu'en cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré quant au règlement du litige, l'assureur de protection juridique doit informer l'assuré de son droit à recourir à la procédure d'arbitrage exposée précédemment. Cette procédure entraîne la suspension des délais de recours.

Ainsi appartenait-il à l'assureur, en raison du désaccord l'opposant à l'assuré quant à l'opportunité de former un pourvoi en cassation, d'informer ce dernier de la possibilité de soumettre ce différend à un tiers, chargé de les départager.

En ne respectant pas l'obligation qui lui était imposée par l'article L.127-5 du Code des assurances, l'assureur a engagé sa responsabilité contractuelle. En l'occurrence, les dommages subis par l'assuré ont été indemnisés sur la base d'une perte de chance. Le contrat de protection juridique est en partie réglementé par la loi. Le législateur a notamment prévu des procédures d'arbitrage afin que l'opportunité d'un recours ne relève pas uniquement de la volonté discrétionnaire de l'assureur.

Encore faut-il que l'assuré soit informé de cette possibilité, qui doit être rappelée dans le contrat d'assurance. ●

DOUBLE EFFET *KISS COOL*

Une différence substantielle existe entre le plafond de garantie et le barème de prise en charge, tous deux prévus au sein des contrats d'assurance de protection juridique afin d'encadrer l'indemnisation d'un litige par l'assureur.

Généralement, les prestations dues par l'assureur, dans le cadre de contrats de protection juridique, sont encadrées par deux mécanismes : le plafond de garantie et le barème de remboursement. Ainsi, si un assureur prévoit, dans son contrat, un montant maximal de prise en charge par litige et par année d'assurance, cela ne l'empêche pas de mettre en place une grille tarifaire de remboursement par acte de procédure engagé, dans le cadre d'un sinistre déclaré et garanti.

Dans le cadre d'un différend rencontré avec un tiers, un assuré a demandé le remboursement des frais et honoraires d'avocat à son assureur de protection juridique, conformément aux conditions contractuelles.

L'assureur a alors accordé sa garantie et versé à l'assuré, au cours de la procédure, diverses sommes d'argent, sur présentation des factures acquittées de son avocat et des actes de procédure correspondants.

Néanmoins, l'assuré a contesté les montants versés au motif que ceux-ci ne permettaient pas de rembourser intégralement les sommes réglées à son avocat, alors que son contrat

d'assurance prévoyait une indemnisation globale de 15.000 euros.

Le Médiateur a alors rappelé à l'assuré que le plafond de garantie est le montant maximum pouvant être alloué par l'assureur en cas de sinistre, c'est-à-dire qu'il ne saurait être contraint d'aller au-delà de cette somme, même si le montant du sinistre s'avérait supérieur. Selon les dispositions contractuelles, ce plafond peut s'appliquer par sinistre, ou par sinistre et par année d'assurance.

Le barème de prise en charge fixe l'indemnisation de l'assureur pour chaque acte de procédure.

Dans le cas de l'assuré, le contrat prévoyait un plafond de 15.000 euros et un barème détaillant le montant pris en charge pour chaque acte de procédure. Ainsi, dès lors que le barème fixait – pour une procédure devant le conseil de prud'hommes – une prise en charge à hauteur de 800 euros, l'assuré ne pouvait obtenir qu'un remboursement de ce montant, bien que la facture de son avocat se soit élevée à 1.000 euros et que le plafond de garantie n'ait pas été atteint. ●



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSUREURS À FAIRE PREUVE DE LA PLUS GRANDE PÉDAGOGIE DANS LA RÉDACTION DES POLICES COMBINANT PLAFOND DE GARANTIE ET BARÈME DE PRISE EN CHARGE AFIN DE PERMETTRE UNE RÉELLE APPRÉHENSION PAR LES ASSURÉS DE L'ÉTENDUE DE LEURS GARANTIES.



LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSURÉS À LIRE ATTENTIVEMENT LEUR CONTRAT D'ASSURANCE, LORS DE LA SOUSCRIPTION, NOTAMMENT LA PARTIE RELATIVE À LA PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE.

ACCORD FINAL EN SOL MAJEUR (G-DUR)

Une fois indemnisée, la victime peut constater que la somme versée par l'assureur ne permet pas de couvrir l'intégralité des travaux de réparation. Toutefois, lorsqu'elle a signé un accord d'indemnisation, elle ne peut solliciter le versement d'une somme complémentaire.



L'ASSURÉ OU LE TIERS LÉSÉ DOIT SE MONTRER PARTICULIÈREMENT VIGILANT QUANT AU CONTENU DES DOCUMENTS SOUMIS À SA SIGNATURE À L'OCCASION D'UN SINISTRE, CEUX-CI POUVANT CONTENIR UNE CLAUSE DE RENONCIATION À TOUTE CONTESTATION ULTÉRIEURE.

LORSQU'UNE TELLE CLAUSE Y FIGURE, L'ASSURÉ OU LE TIERS LÉSÉ DOIT VÉRIFIER QUE TOUS SES PRÉJUDICES ONT ÉTÉ PRIS EN COMPTE ET QUE LA SOMME VERSÉE SUFFIRA À LES RÉPARER.



L'ASSUREUR DOIT DAVANTAGE ATTIRER L'ATTENTION DE SON ASSURÉ OU DU TIERS LÉSÉ SUR LES CONSÉQUENCES DE LA SIGNATURE D'UN ACCORD D'INDEMNISATION EMPORTANT RENONCIATION À TOUTE CONTESTATION ULTÉRIEURE.

L'assureur de responsabilité d'une entreprise de terrassement a été sollicité pour la prise en charge de dommages causés au mur de soutènement du tiers lésé, à l'occasion de travaux commandés par ce dernier.

À la suite d'une expertise amiable contradictoire, le tiers lésé a signé un accord, prévoyant qu'il acceptait l'indemnité proposée par l'assureur en règlement de ses dommages, renonçant ainsi à tout recours ultérieur à son égard.

Postérieurement à la signature, le tiers lésé, constatant que l'indemnisation allouée par l'assureur ne serait pas suffisante pour couvrir l'intégralité des travaux de réfection, a demandé le versement d'une indemnité complémentaire. Considérant que l'accord d'indemnisation signé l'avait libéré de ses obligations à l'égard du tiers, l'assureur de responsabilité a refusé d'effectuer tout versement supplémentaire.

À cet égard, la jurisprudence considère que la renonciation à agir contenue dans un accord d'indemnisation constitue un acte juridique unilatéral (Cass., civ. 2^{ème}, 2 février 2017, n°16-13.521).

Aussi en application de l'article 1100-1 du Code civil, l'accord d'indemnisation signé par le tiers lésé ne pouvait-il être remis en cause qu'en cas de vice du consentement, incapacité juridique de son signataire ou illicéité du contenu.

En l'espèce, le tiers lésé indiquait avoir simplement mal apprécié le coût total de ses travaux de réparation.

Or, l'erreur d'appréciation sur le coût des travaux ne pouvait s'analyser qu'en une erreur sur la valeur, insusceptible de remettre en cause l'accord d'indemnisation, conformément à l'article 1136 du Code civil.

Au regard de ces éléments, le Médiateur, constatant que les conditions de validité de l'accord d'indemnisation étaient remplies, a conclu que ce dernier ne pouvait être remis en cause. La signature par le tiers lésé de l'accord d'indemnisation avait donc libéré l'assureur de responsabilité de toute obligation à son égard. ●

CHAMBRE AVEC VUE

Lorsque l'assuré sollicite la mise en œuvre de la garantie recours de son contrat, à l'exemple d'une multirisque habitation, l'assureur doit démontrer avoir effectué toute diligence pour obtenir la réparation du préjudice subi par l'assuré. À défaut, il engage sa responsabilité.

Dans le cadre de la réalisation de travaux à son domicile, un voisin de l'assuré a percé – par mégarde – un trou dans le mur les séparant. L'entière responsabilité du voisin a été établie par une expertise contradictoire et n'était pas contestée par les parties. L'assuré a alors sollicité la mise en œuvre de la garantie recours de son contrat afin d'obtenir la prise en charge, par l'assureur du responsable, des dommages subis.

En réponse à un premier courrier, l'assureur adverse a limité sa proposition d'indemnisation à hauteur de 50 % des dommages en invoquant le caractère mitoyen du mur endommagé.

Malgré les contestations de l'assuré, son assureur a procédé à la clôture du dossier, estimant satisfaisante la proposition adverse. L'assureur a néanmoins précisé à l'assuré qu'il pouvait engager une procédure judiciaire – dont les frais pourraient être pris en charge au titre de la garantie recours – tout en lui indiquant qu'une telle procédure serait juridiquement infondée, de sorte qu'elle ne pourrait permettre d'obtenir une indemnisation supérieure.

Légitimement insatisfait de cette réponse, l'assuré a saisi une association de consommateurs afin de poursuivre les démarches à l'encontre de l'assureur du voisin responsable. En effet, si l'article 655 du Code civil pose le principe selon lequel « la réparation et la reconstruction du mur mitoyen sont à la charge de tous ceux qui y ont droit, et proportionnellement au droit de chacun », la jurisprudence retient néanmoins que le propriétaire d'un mur

mitoyen supporte seul les frais de réparation de celui-ci lorsque ces réparations sont rendues nécessaires de son fait, fût-il non fautif.

Tel fut le sens de la correspondance adressée par l'association de consommateurs.

À réception de ce courrier, l'assureur adverse a accepté d'indemniser intégralement les dommages subis par l'assuré.

Toutefois, compte tenu de la longueur du délai écoulé (neuf mois), entre la survenance du sinistre et sa résolution qu'il estimait imputable à son assureur, l'assuré a saisi la Médiation, afin d'obtenir une indemnité.

En l'espèce, le recours avait été intenté par l'assureur tardivement. Si aucune disposition contractuelle ne stipulait d'engagement de délai pour l'exercice du recours, il apparaissait néanmoins qu'en l'absence de tout élément explicatif, ce délai était anormal.

En outre, la communication par l'assureur d'une information juridique erronée sur l'étendue de son droit à réparation a conduit l'assuré à ne pas solliciter la poursuite du recours au plan judiciaire.

En l'occurrence, le délai pris par l'assureur pour mettre en œuvre le recours, combiné à la communication d'une information inexacte, a fait perdre à l'assuré une chance d'obtenir plus rapidement le versement de l'intégralité de l'indemnité due.

Au regard de ces éléments, le Médiateur a demandé à l'entreprise d'assurance de verser une indemnité à l'assuré, au titre de la perte de chance. ●



DANS LE CADRE D'UNE GARANTIE RECOURS, L'ASSUREUR NE PROCÈDE PAS DIRECTEMENT À L'INDEMNISATION DE L'ASSURÉ.

EN EFFET, SON RÔLE CONSISTE À METTRE EN ŒUVRE LES MESURES NÉCESSAIRES POUR OBTENIR LA RÉPARATION DES DOMMAGES PAR LE TIERS RESPONSABLE.

LE MÉDIATEUR S'ATTACHE À VÉRIFIER QUE L'ASSUREUR A EFFECTUÉ, AU TITRE DE LA GARANTIE RECOURS, TOUTES LES DÉMARCHES NÉCESSAIRES À SON SUCCÈS. AINSI, L'ARGUMENTATION JURIDIQUE DÉVELOPPÉE PAR L'ASSUREUR À L'APPUI DU RECOURS EXERCÉ FAIT L'OBJET D'UN EXAMEN PARTICULIER.



EN MATIÈRE DE RECOURS, L'ASSUREUR N'EST PAS TENU À UNE OBLIGATION DE RÉSULTAT. IL LUI APPARTIENNT NÉANMOINS D'ÉTAYER JURIDIQUEMENT SES POSITIONS, AFIN DE CONFORTER LES CHANCES DE SUCCÈS DU RECOURS INTENTÉ.

DONNER C'EST DONNER, REPRENDRE C'EST VOLER

Lorsqu'un assuré est victime d'un dommage qui peut être pris en charge au titre d'une garantie contractuelle souscrite, son assureur est tenu de l'indemniser. Il ne saurait être délivré de son obligation par le simple fait que l'assuré conteste le montant de son offre, ou même qu'il intente une action à l'encontre de l'assureur du responsable de son dommage.



EN CAS DE CONTESTATION SUR
LE MONTANT DU PRÉJUDICE,
LE MÉDIATEUR INVITE LES ASSUREURS
À VERSER UNE PROVISION À VALOIR
SUR L'INDEMNISATION DÉFINITIVE.

Un chef d'entreprise a souscrit une assurance automobile qui comportait notamment une garantie corporelle du conducteur. À la suite d'un accident de la circulation non responsable, l'assuré a sollicité la mobilisation de ses garanties contractuelles.

En application des conclusions expertales, l'assureur a émis une offre d'indemnisation, qui a été refusée par l'assuré. Ce dernier contestait aussi bien les évaluations des experts que le montant de l'offre formulée.

Espérant une meilleure indemnisation, l'assuré a alors intenté une action judiciaire à l'encontre de l'assureur du responsable de l'accident.

Compte tenu de la longueur de la procédure judiciaire, l'assuré a finalement demandé à son propre assureur de lui verser la somme initialement proposée, en attendant l'issue du procès. Or, l'assureur considérait que le refus initial de l'assuré avait rendu l'offre caduque. Si la jurisprudence admet que l'assureur peut modifier le

montant de sa proposition d'indemnisation lorsque celle-ci a été refusée par l'assuré, il ne peut néanmoins considérer que ce refus le délivre de toute obligation envers ce dernier. Dès lors, l'assuré pouvait effectivement solliciter l'indemnisation de ses préjudices auprès de son propre assureur, bien qu'une procédure judiciaire ait été parallèlement en cours, à l'encontre de l'assureur du responsable.

Pour mémoire, l'assureur conserve la faculté, après avoir indemnisé l'assuré, d'effectuer un recours subrogatoire à l'encontre de l'assureur du responsable.

Ainsi, afin d'éviter le risque de double indemnisation, il appartient à l'assureur dans une telle hypothèse d'intervenir volontairement à l'instance en cours afin de faire valoir sa créance auprès de l'assureur du responsable. En l'espèce, le Médiateur a invité l'assureur à formuler une nouvelle offre d'indemnisation, au regard des éléments d'évaluation des préjudices dont il disposait. ●