

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2021



Pédagogie
Dialogue JUSTICE
Équilibre
Apaisement
LÉGITIMITÉ
INDEPENDANCE
Neutralité Gratuité Compétence
CONFIDENTIALITÉ Empathie
Transparence
Impartialité Expertise
Efficacité
Équité



RAPPORT D'ACTIVITÉ 2021

| | | | |
|---|--------|--|--|
| ■ AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE | p. 4 | | |
| ■ 1. LE MOT DU MÉDIATEUR | p. 8 | | |
| ■ 2. L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES | | | |
| ● Les chiffres clés 2021 | p. 23 | | |
| ● Les saisines | p. 25 | | |
| ● Les médiations effectuées | p. 35 | | |
| ■ 3. LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE | | | |
| ● Gouvernance et ressources | p. 42 | | |
| ● 55 personnes dédiées à la résolution des litiges | p. 45 | | |
| ■ 4. FOCUS | | | |
| ● Les catastrophes naturelles | p. 48 | | |
| ● Les clauses abusives | p. 52 | | |
| ■ 5. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ | | | |
| A. La relation contractuelle | | | |
| ● Le manquement au devoir de conseil d'un intermédiaire peut peser sur l'assureur | p. 60 | | |
| ● Le contrat doit être adapté à l'activité professionnelle de l'assuré | p. 62 | | |
| ● Non-conformité du risque en assurance habitation : le décompte des pièces | p. 64 | | |
| ● Les changements de risque en cours de contrat doivent être déclarés | p. 65 | | |
| ● La déclaration de sinistre doit être sincère | p. 66 | | |
| ● La régularisation des primes n'induit pas la remise en vigueur du contrat | p. 67 | | |
| B. L'application du contrat | | | |
| ● Les conditions particulières prévalent sur les conditions générales | p. 70 | | |
| ● La faute du conducteur adverse n'exonère pas l'assuré de sa propre responsabilité | p. 71 | | |
| ● La responsabilité de l'assureur du fait de l'expert | p. 72 | | |
| ● L'indemnisation d'un vol survenu dans des locaux ouverts au public | p. 73 | | |
| ● L'activité professionnelle doit nécessairement avoir débuté | p. 74 | | |
| ● Les aides de l'État sont à déduire de l'indemnisation des pertes d'exploitation | p. 75 | | |
| ● L'assuré a deux ans pour réclamer son indemnité | p. 76 | | |
| ■ 6. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES | | | |
| A. La relation contractuelle | | | |
| ● Un contrat souscrit par un majeur sous tutelle n'est pas valable | p. 82 | | |
| ● La conservation des primes en cas de fausse déclaration intentionnelle | p. 83 | | |
| ● La notion d'« affection psychique » n'est pas formelle et limitée | p. 84 | | |
| ● Le capital versé au titre d'un contrat obsèques peut être inférieur aux primes payées | p. 85 | | |
| ● La représentation des bénéficiaires à titre gratuit doit être stipulée | p. 86 | | |
| ● Les capitaux-décès n'intègrent pas automatiquement la succession en cas de legs universel | p. 87 | | |
| B. La mise en œuvre du contrat | | | |
| ● L'assuré peut perdre son droit à garantie en cas de déclaration tardive de son sinistre | p. 90 | | |
| ● L'infection nosocomiale est un accident si elle est d'origine exogène | p. 91 | | |
| ● La blessure provoquée par la chute d'un objet en mouvement est accidentelle | p. 92 | | |
| ● La notion de perte involontaire d'emploi dans les garanties perte d'emploi | p. 93 | | |
| ● L'acceptation tacite d'une assurance vie doit résulter d'actes non équivoques | p. 94 | | |
| ● Le versement des capitaux décès est libératoire pour l'assureur de bonne foi | p. 96 | | |
| ● Le maintien des prestations en cas de résiliation du contrat d'assurance | p. 98 | | |
| ■ 7. UN CAS À PART | | | |
| ● Probis pateo | p. 102 | | |
| ■ 8. ANNEXES | | | |
| ● La procédure de médiation | p. 106 | | |
| ● Comment saisir le Médiateur | p. 107 | | |
| ● La Charte du Médiateur de l'Assurance | p. 108 | | |
| ● La Charte du Club des Médiateurs de Services au Public | p. 110 | | |
| ● La Médiation de l'Assurance à l'international | p. 112 | | |
| ● Textes de référence | p. 113 | | |
| ● Adresses utiles | p. 114 | | |
| ■ 9. INDEX | p. 116 | | |



5

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ



LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

LA RELATION CONTRACTUELLE



LE MANQUEMENT AU DEVOIR DE CONSEIL D'UN INTERMÉDIAIRE PEUT PESER SUR L'ASSUREUR

L'intermédiaire d'assurance doit précisément s'informer sur les risques encourus par le candidat à l'assurance pour lui proposer des garanties en adéquation avec sa situation. À défaut, s'il est mandataire de l'assureur, c'est ce dernier qui supportera le manquement à son obligation de conseil en cas de litige.



Avant la souscription de tout contrat, l'intermédiaire en assurance doit recueillir les exigences et les besoins de l'assuré concernant son risque, de façon à lui faire souscrire un contrat cohérent avec sa situation.

Le poney d'une assurée s'est échappé et a endommagé le véhicule d'un tiers et la clôture du voisin. L'assurée a alors voulu mobiliser la garantie responsabilité civile de son contrat d'assurance habitation.

L'assureur a refusé toute prise en charge, au motif que la garantie « Responsabilité civile » souscrite ne couvrait pas les dommages causés par les équidés. Seule la garantie « Responsabilité civile Plus », non souscrite, l'aurait permis.

L'assurée a soulevé un défaut de conseil, lors de la souscription de son contrat, de la part du conseiller bancaire agissant en qualité de courtier en assurance, mandataire de l'assureur. Celui-ci savait en effet qu'elle possédait un poney. L'assureur a maintenu son refus. En effet, la présence de chevaux avait été évoquée dans un cadre professionnel. Or, le contrat souscrit ne garantissait qu'un usage privé des équidés et

n'avait donc pas vocation à s'appliquer. Ainsi, selon l'assureur, il n'y avait pas eu de défaut de conseil.

L'assurée a cependant précisé que même si son époux était cavalier de profession, cela ne conditionnait pas la détention de chevaux à un usage uniquement professionnel.

L'article L.521-4 du Code des assurances met à la charge de ceux qui présentent un contrat d'assurance, notamment les intermédiaires d'assurance, l'obligation de fournir au souscripteur « *des informations objectives sur le produit d'assurance proposé sous une forme compréhensible, exacte et non trompeuse afin de lui permettre de prendre une décision en toute connaissance de cause* ». La jurisprudence précise que le courtier en assurance doit être un guide sûr et expérimenté pour son client⁽¹⁾. Il doit s'assurer que le contrat conseillé est conforme à ses besoins et exigences.

En l'occurrence, il n'était pas contesté par les parties que la possession d'équidés avait été évoquée lors de la souscription. L'intermédiaire aurait donc dû s'assurer que le contrat proposé était en adéquation avec la situation et les besoins du candidat à l'assurance.

Étant donné la situation de l'assurée, le courtier en assurance a manqué à son obligation de conseil en proposant la souscription d'un contrat ne couvrant pas les dommages causés par les équidés. Cela a entraîné ensuite pour l'assurée un préjudice de perte de chance de bénéficier d'une couverture adéquate.

Selon la Cour de cassation, si l'intermédiaire d'assurance a la qualité de mandataire de l'assureur, c'est ce dernier qui supporte les fautes commises par celui-ci, avec toutes ses conséquences. Ainsi, par décision du 8 juillet 1986, un assureur s'est vu contraint, sur le fondement de

l'article L.511-1 du Code des assurances, d'assumer, en tant que représentant civilement responsable de son mandataire la charge d'un sinistre qui ne correspondait à aucune stipulation contractuelle⁽²⁾.

L'assureur ayant confié une délégation de souscription à l'intermédiaire concerné, il a été invité à prendre en charge le sinistre déclaré. ●

Si un intermédiaire ne respecte pas son devoir de conseil, il peut par sa faute engager la responsabilité de l'entreprise d'assurance s'il en est mandataire, et la contraindre ainsi à prendre en charge le préjudice subi par l'assuré.

(1) Cass. 1^{ère} Civ., 10 novembre 1964, n° 62-13.411.

(2) Cass. 1^{ère} Civ., 8 juillet 1986, n° 85-10.089.

LE CONTRAT DOIT ÊTRE ADAPTÉ À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DE L'ASSURÉ

Il incombe à l'assureur de conseiller son client et de lui proposer le contrat le plus adapté à son profil et à ses attentes, qu'il soit un particulier ou un professionnel.



Certaines activités professionnelles nécessitent la souscription d'un contrat spécifique adapté aux particularités de l'activité.

Un chauffeur de taxi a souscrit un contrat d'assurance multirisque professionnelle afin de couvrir son activité professionnelle. Par la suite, en raison de la pandémie de Covid-19 et du confinement imposé par le gouvernement français, l'assuré a subi une baisse de son chiffre d'affaires. Il a donc sollicité la mobilisation de la garantie pertes d'exploitation de son contrat.

Cette garantie est présentée dans ce dernier comme une garantie accessoire, qui ne peut être délivrée qu'à la suite, entre autres, d'une impossibilité matérielle d'accéder aux locaux assurés en raison d'un sinistre garanti (comme un incendie ou une catastrophe naturelle).

L'assureur a refusé de prendre en charge la perte d'exploitation au motif qu'il n'existait pas, pour l'assuré, d'impossibilité d'accéder

au local assuré, c'est-à-dire au bâtiment déclaré dans les conditions particulières. Pour contester cette position, l'assuré a fait valoir que ses véhicules constituaient ses locaux professionnels puisqu'il y exerçait son activité.

Dans la proposition de solution exprimée, il a été rappelé que les conditions de la garantie n'étaient effectivement pas remplies, l'assuré n'étant pas dans l'impossibilité de se rendre dans ses locaux professionnels tels que définis au contrat.

Toutefois, compte tenu de la nature de l'activité professionnelle de l'assuré, s'est posée la question de savoir si le contrat était bien adapté à ses besoins.

L'exercice de l'activité de ce professionnel se déroule essentiellement dans les véhicules, de sorte que

l'éventualité de la mobilisation de la garantie pertes d'exploitation pour un sinistre atteignant le local professionnel déclaré était de fait très limitée.

Il aurait donc été plus adapté que l'assureur propose un contrat comportant une option garantie pertes d'exploitation consécutives aux sinistres affectant les véhicules.

En tout état de cause, lors de la souscription du contrat, l'attention de l'assuré aurait dû être attirée sur le faible intérêt que représentait pour lui, compte tenu de la nature de son activité, cette garantie pertes d'exploitation consécutive aux sinistres touchant son local professionnel.

Il existait donc un manquement au devoir de conseil de l'assureur lors de la conclusion du contrat d'assurance, ayant pour conséquence la

perte d'une chance d'avoir pu souscrire un contrat réellement adapté à l'activité professionnelle de l'assuré.

Cela étant, il n'est pas établi que les conditions de la garantie auraient pour autant été réunies. En effet, la perte d'exploitation est souvent une garantie accessoire dépendant d'autres conditions et les situations épidémiques peuvent également faire l'objet d'exclusions de garantie.

Pour cette raison, il a été estimé que la perte de chance d'avoir pu souscrire un contrat garantissant les pertes d'exploitation consécutives à l'épidémie de Covid-19 ne saurait dépasser 15 % de la perte d'exploitation résultant de l'arrêt de l'activité professionnelle de l'assuré. ●

Le conseil de l'assureur ne doit pas être donné au regard d'une situation standard mais implique nécessairement d'être personnalisé, adapté au risque à assurer.

DÉCLARATION DU RISQUE

Étude réalisée par Tiphaine Guiot

NON-CONFORMITÉ DU RISQUE EN ASSURANCE
HABITATION : LE DÉCOMPTÉ DES PIÈCES

Lors de la souscription d'un contrat d'assurance habitation, l'assuré doit préciser le nombre de pièces principales de son logement. Fréquemment, l'assureur s'aperçoit d'une non-conformité du risque au cours de l'exécution du contrat, le plus souvent à l'occasion d'un sinistre.



En cas d'erreur de déclaration du nombre de pièces principales du bien à assurer en raison des modalités de décompte prévues au contrat, l'assureur ne peut opposer une fausse déclaration du risque que s'il prouve qu'il a posé, lors de la souscription du contrat, une question précise visant et explicitant la notion de « pièce principale ».

L'assureur peut apporter la preuve qu'il a bien explicité cette notion par l'insertion d'une définition dans les conditions particulières du contrat ou par la mention expresse d'un renvoi aux conditions générales comprenant cette définition.

Un assureur, au moment de la souscription d'un contrat d'assurance habitation, avait interrogé l'assuré sur le nombre de pièces principales du bien à assurer.

La notion de « pièce principale » était définie dans les conditions générales du contrat comme : « Toute pièce à usage d'habitation d'une surface supérieure à 8 m² à l'exception des entrées, couloir, palier, cuisine, salle d'eau, cabinet de toilette, WC, débarras, office et des dépendances (...) Toute pièce d'une surface supérieure à 40 m² est comptée pour autant de pièces qu'il existe de tranches ou fractions de tranches de 40 m² ».

À l'occasion d'un sinistre, l'assureur s'est aperçu que l'assuré avait commis une erreur s'agissant du nombre de pièces principales de son habitation. Celle-ci comportait une pièce d'une surface supérieure à 40 m² devant être comptée comme deux pièces, conformément aux dispositions contractuelles. L'assureur a donc opposé à son assuré une fausse déclaration non intentionnelle du risque et appliqué la règle proportionnelle prévue par l'article L.113-9 du Code des assurances, réduisant ainsi l'indemnité accordée à l'assuré.

L'assuré doit être vigilant quant aux déclarations qu'il effectue lors de la souscription de son contrat d'assu-

rance. En effet, en cas d'omission ou de déclaration inexacte du risque, il pourra voir sa garantie réduite, voire parfois supprimée, conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 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 la condition que l'assureur ait posé une question précise, à laquelle l'assuré a répondu de manière erronée⁽¹⁾.

Or, les dispositions contractuelles n'ayant pas été remises lors de la déclaration du risque, l'assuré ne pouvait prévoir qu'une pièce de son habitation devait compter comme deux pièces en l'absence de définition contractuelle de « pièce principale » lorsque les questions relatives au risque à garantir lui ont été posées.

Pour être fondé à se prévaloir d'une fausse déclaration du risque, l'assureur devait donc démontrer qu'une question précise, visant et définissant la notion spécifique de « pièce principale », avait bien été posée à l'assuré au moment de la souscription du contrat.

Constatant que cette preuve n'était pas rapportée, le Médiateur a invité l'assureur à indemniser intégralement l'assuré, sans application de la règle proportionnelle. ●

(1) Cass. 2^{ème} Civ., 17 novembre 2016, n° 15-24.819 ; Cass. 2^{ème} Civ., 29 juin 2017, n° 16-18.975.

Étude réalisée par Magalie Brockaert

LES CHANGEMENTS DE RISQUE EN COURS
DE CONTRAT DOIVENT ÊTRE DÉCLARÉS

Lorsque la situation de l'assuré change en cours de contrat, il est dans son intérêt de le signaler à l'assureur si cela diminue son risque. Lorsqu'un tel changement génère une aggravation du risque assuré, il s'agit d'une obligation.

Un assuré a souscrit deux contrats d'assurance automobile précisant un lieu ainsi qu'un mode de stationnement.

En cours de contrat, l'assuré a informé son agence bancaire, appartenant au même groupement que son assureur, de son changement d'adresse.

Quelques années plus tard, lors d'une simulation d'assurance, l'assuré s'est aperçu d'une erreur sur le lieu et le mode de stationnement de ses véhicules. En effet, il était indiqué dans ses différents contrats d'assurance que les véhicules stationnaient « sur la voie publique », plutôt que « dans un garage, un box privatif ou un parking souterrain collectif ». Un avenant rectificatif a alors été réalisé par l'assureur faisant état d'une prime moindre.

À réception de l'avenant, l'assuré a sollicité le remboursement rétroactif du trop-perçu de cotisations versées depuis la date de son changement d'adresse.

L'assureur a procédé au remboursement rétroactif d'une partie de la prime tenant ainsi compte du lieu de stationnement erroné, mais a toutefois refusé de rembourser la partie de la prime afférente au mode de stationnement.

L'article L.113-2 du Code des assurances impose à l'assuré de déclarer en cours de contrat, dans un délai de quinze jours à partir du moment où il en a eu connaissance, les circonstances nouvelles qui conduiraient à aggraver le risque assuré ou à créer des risques nouveaux.

Cet article ne prévoit toutefois pas d'obligation pour l'assuré de déclarer les circonstances nouvelles conduisant à réduire son risque, même s'il est dans son intérêt de le faire afin de pouvoir bénéficier d'une diminution de sa prime (article L.113-4 du Code des assurances).

En l'occurrence, l'assureur avait bien été informé par l'agence bancaire du changement d'adresse de l'assuré, mais aucun élément communiqué ne lui permettait de déterminer que le mode de stationnement était erroné.

En revanche, l'assuré était en possession de ses avis annuels d'échéance de prime mentionnant que les véhicules étaient stationnés sur la voie publique. Ainsi, l'erreur sur le mode de stationnement avait été portée à sa connaissance et il ne l'avait pas rectifiée en cours de contrat.

L'assureur n'était donc pas tenu de procéder au remboursement rétroactif de la partie de prime correspondant au mode de stationnement. ●



Les assurés doivent vérifier, à l'occasion de la réception de leur avis annuel d'échéance de prime, la concordance de leur risque actuel avec le risque assuré décrit dans l'avis.

En cas de nouvelle circonstance de nature à modifier le risque assuré, les assurés doivent en informer leur assureur pour que le contrat d'assurance soit mis en conformité.

La modification du risque en cours de contrat peut avoir pour conséquence une adaptation de la prime due par l'assuré.

DÉCLARATION DE SINISTRE

Étude réalisée par Yonathan Lacombe

LA DÉCLARATION DE SINISTRE
DOIT ÊTRE SINCÈRE

Une fausse déclaration intentionnelle effectuée à la suite d'un sinistre, aussi minime soit-elle, peut priver l'assuré de la prise en charge de ses dommages.



Toute fausse déclaration intentionnelle lors d'un sinistre, même si elle ne porte que sur un « détail », peut entraîner la perte de tout droit à indemnité si la déchéance est prévue par le contrat.

La déchéance de garantie est une sanction conventionnelle qui ne peut être mise en œuvre qu'en cas de fausse déclaration effectuée sciemment par l'assuré. La charge de la preuve du caractère intentionnel de la fausse déclaration incombe à l'assureur.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile pour son véhicule. Peu de temps après, il a déclaré un accident à son assureur et lui a transmis un constat amiable dont la date avait été modifiée de manière manuscrite.

Lors de l'examen du véhicule, l'expert a constaté un niveau d'oxydation important du bas de caisse et a indiqué que le dommage déclaré était antérieur à la souscription du contrat. La date du sinistre ne pouvait donc pas correspondre à la déclaration de l'assuré.

L'assureur a alors refusé d'intervenir dans la prise en charge des dommages pour fausse déclaration sur la date de survenance de l'accident en opposant une déchéance de garantie, sanction prévue dans les conditions générales du contrat.

La déchéance de garantie est, en effet, une sanction contractuelle qui fait perdre à l'assuré son droit à garantie lorsqu'il ne respecte pas certaines de ses obligations, dont celle de déclarer le sinistre avec sincérité.

Pour pouvoir valablement l'opposer, l'assureur doit démontrer, d'une part, la présence d'une déclaration inexacte et, d'autre part, qu'elle a été commise intentionnellement par l'assuré, conformément à la jurisprudence la plus récente de la Cour de Cassation, en date du 17 janvier 2019⁽¹⁾.

Lorsqu'un assuré modifie de façon manuscrite des documents qu'il utilise en soutien de sa demande d'indemnisation, il ne peut ignorer que son sinistre n'a pas eu lieu à la date initialement déclarée. Le rapport d'expertise a d'ailleurs confirmé l'incohérence de date. La fausse déclaration de l'assuré ne pouvait donc avoir été faite que sciemment.

Cette modification volontaire, qui pouvait sembler porter sur une information mineure, faussait en fait les circonstances du sinistre et donc l'appréciation de l'assureur. Elle justifiait ainsi la perte de tout droit à garantie, pour fausse déclaration intentionnelle à la suite d'un sinistre.

En conséquence, l'assureur était fondé à opposer une déchéance de garantie. ●

(1) Cass. 2^{ème} Civ., 17 janvier 2019, n° 18-11.701.

Étude réalisée par Laura Beauvais

RÉSILIATION

LA RÉGULARISATION DES PRIMES N'INDUIT PAS
LA REMISE EN VIGUEUR DU CONTRAT

La résiliation du contrat d'assurance pour non-paiement des primes est une sanction légale accordée à l'assureur. Le contrat résilié est alors éteint et ne peut pas être remis en vigueur après régularisation de l'impayé par l'assuré.

Un assureur a adressé au domicile de son assuré un avis d'échéance indiquant le montant de la prime à payer avant le 1^{er} décembre 2019 afin de garantir la période allant du 1^{er} décembre 2019 au 30 novembre 2020. En l'absence de paiement à cette date, il lui a adressé par courrier recommandé du 23 décembre 2019, une mise en demeure de payer la prime d'assurance avant le 21 janvier 2020.

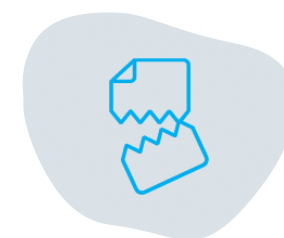
La prime n'ayant toujours pas été réglée dans les trente jours après la date d'envoi de la mise en demeure, les garanties du contrat ont été suspendues. Passé dix jours de suspension de garantie et toujours sans paiement, l'assureur a légitimement résilié le contrat d'assurance le 31 janvier 2020, dans le respect des délais légaux.

L'assuré a régularisé le paiement de sa prime d'assurance le 5 février suivant, soit après la résiliation de son contrat. Il a alors demandé à l'assureur de remettre son contrat en vigueur ou, à défaut, de lui rembourser le montant de la prime réglée.

Selon l'article L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une prime dans les dix jours de son échéance, la garantie peut être suspendue trente jours après une mise en demeure infructueuse de l'assuré. L'assureur a ensuite le droit de résilier le contrat, dix jours après l'expiration de ce délai de suspension de trente jours. Un contrat non résilié peut reprendre ses effets pour l'avenir, à midi le lendemain du jour où ont été payées à l'assureur la prime arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension.

Le contrat d'assurance étant éteint, l'assureur n'était pas tenu de le remettre en vigueur après régularisation de l'impayé, intervenue tardivement, c'est-à-dire après la résiliation du contrat. L'assureur a néanmoins accordé à son assuré un remboursement de la prime pour la période postérieure à la résiliation, ce qu'il n'avait pas l'obligation de faire.

Dans ces circonstances, le Médiateur a confirmé que l'assureur n'avait pas à remettre en vigueur le contrat et a considéré que le remboursement de la prime au prorata de la période assurée était satisfaisant. ●



La régularisation du paiement d'une prime doit impérativement intervenir dans les quarante jours suivant la mise en demeure. À défaut, le contrat peut être résilié par l'assureur.

Le contrat d'assurance est alors éteint et l'assureur ne peut être tenu de le remettre en vigueur même en cas de régularisation de l'impayé. L'assuré doit alors trouver un nouvel assureur pour garantir son bien.

Le contrat peut prévoir une clause d'indemnité de résiliation pour défaut de paiement des primes. Cette pénalité ne peut excéder six mois de cotisations.



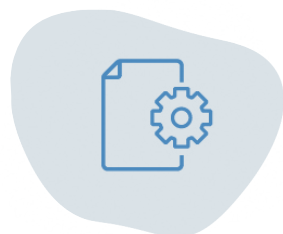
LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ

L'APPLICATION DU CONTRAT



LES CONDITIONS PARTICULIÈRES PRÉVALENT SUR LES CONDITIONS GÉNÉRALES

Les conditions générales d'un contrat précisent le contenu et les modalités de mise en œuvre des garanties mentionnées dans les conditions particulières. Qu'en est-il en cas de contradiction entre les clauses énoncées dans ces deux documents ?



Il ne faut pas confondre la « valeur à neuf », valeur d'usage à laquelle s'ajoute une vétusté, avec l'option « rééquipement à neuf », plus avantageuse, dont le montant d'indemnisation est égal à la valeur du bien neuf au moment du sinistre.

Le contrat d'assurance peut instituer une hiérarchie des documents contractuels en cas d'incompatibilité de clauses. À défaut de stipulation au contrat réglant un problème lié à des documents contractuels inconciliables, la jurisprudence fait prévaloir le document qui reflète le mieux la volonté des cocontractants, celui qui tient compte de la situation personnelle de l'assuré et est signé de sa main : les conditions particulières.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance habitation. Une surtension électrique a endommagé sa chaudière et il a sollicité auprès de son assureur la prise en charge de son sinistre.

Il a reçu une indemnité immédiate et l'assureur lui a précisé que l'indemnité différée serait versée à réception des factures acquittées prouvant la réalisation des travaux. L'assuré a contesté cette position en précisant avoir souscrit la formule « Rééquipement à neuf ».

À ce sujet, les conditions particulières indiquaient : « La clause particulière « Rééquipement à neuf » figurant aux Conditions Générales s'applique au présent contrat ». Celles-ci prévoyaient des modalités d'indemnisation différentes selon la nature des biens sinistrés et précisait notamment que cette formule n'était applicable qu'au mobilier usuel. Or, les installations de chauffage étaient assimilées à un bien immobilier.

Ainsi, même si la restriction au mobilier usuel n'était pas mentionnée dans les conditions particulières, celles-ci renvoyaient directement aux modalités d'application prévues par les conditions générales et ne présentaient pas de contradiction sur ce point. Ainsi, tel que prévu contractuellement, l'indemnisation a été faite en « valeur à neuf » et versée en deux temps, l'indemnité différée ne pouvant être délivrée que sur présentation des factures acquittées.

L'assuré contestait également l'application d'une franchise contractuelle d'un montant de 148 euros.

Les conditions particulières du contrat d'assurance mentionnaient : « Protection de vos biens sans franchise dans la limite Dommages matériels ». Or, l'assureur retenait l'application de cette franchise en se fondant sur le tableau des montants de garantie et des franchises, document annexé aux conditions générales qui prévoyait une franchise de 0,15 FFB (indice de la Fédération Française du Bâtiment) en cas de dommages à l'appareillage électrique.

Force est de constater sur ce point une contradiction entre ces deux clauses puisque la première prévoyait une indemnisation sans franchise et que la seconde retenait une franchise d'un montant de 0,15 FFB.

À cet égard, à défaut de stipulation réglant cette difficulté, la jurisprudence prévoit que les clauses des conditions particulières d'une police d'assurance prévalent sur celles des conditions générales⁽¹⁾.

Cette règle est d'ailleurs reprise à l'article 1119 du Code civil dont l'alinéa 3 dispose : « En cas de discordance entre des conditions générales et des conditions particulières, les secondes l'emportent sur les premières ». Dans ce cas d'espèce, seule la clause figurant dans les conditions particulières devait être appliquée, cette dernière primant sur le tableau des montants de garantie et des franchises annexé aux conditions générales.

Le Médiateur a donc invité l'assureur à rembourser à son assuré le montant de la franchise retenu. ●

(1) Cass. 1^{ère} Civ., 7 octobre 1963, n° 61-12.915.

LA FAUTE DU CONDUCTEUR ADVERSE N'EXONÈRE PAS L'ASSURÉ DE SA PROPRE RESPONSABILITÉ

En cas d'accident de la circulation, la faute de l'assuré doit s'apprécier en elle-même, c'est-à-dire indépendamment des fautes éventuellement commises par le conducteur adverse.

Un assuré a souscrit un contrat d'assurance automobile afin de garantir son véhicule.

Lors d'une manœuvre pour tourner à gauche, il a heurté un autre véhicule qui effectuait un dépassement en franchissant une ligne continue. L'assuré a déclaré son accident auprès de son assureur, qui a retenu une responsabilité à hauteur de 50 % à son égard. Il considérait en effet que l'assuré n'avait pas fait preuve de vigilance dans la réalisation de sa manœuvre.

L'assuré a contesté cette position : selon lui, le conducteur adverse était le seul fautif dans la survenance de cet accident puisque ce dernier avait commis une faute au regard du Code de la route en franchissant une ligne continue pour le dépasser. L'assuré a indiqué avoir actionné son clignotant avant d'effectuer sa manœuvre pour tourner à gauche, ce qui justifiait selon lui son absence de responsabilité dans la survenue de l'accident.

Selon l'article R.412-10 du Code de la route, « Tout conducteur qui s'apprête à apporter un changement dans la direction de son véhicule ou à en ralentir l'allure doit avertir de son intention les autres usagers, notamment lorsqu'il va se porter à gauche, traverser la chaussée, ou lorsque, après un arrêt ou stationnement, il veut reprendre sa place dans le courant de la circulation ».

De jurisprudence constante, la Cour de cassation précise par ailleurs qu'un conducteur qui s'apprête à changer de direction ne doit pas seulement avertir les autres usagers,

mais également s'assurer qu'il peut effectuer sa manœuvre sans danger. L'appréciation de la responsabilité d'un assuré dans un accident de la circulation doit se faire indépendamment du comportement du conducteur adverse.

En la matière, la loi Badinter⁽¹⁾, prévoit que le droit à réparation du conducteur peut être diminué, voire disparaître complètement, en fonction de la gravité de la faute qu'il a lui-même commise.

La Cour de cassation retient, de manière constante, que cette gravité s'apprécie en elle-même, c'est-à-dire indépendamment des fautes éventuellement commises par le conducteur adverse. Les juges du fond sont, en outre, souverains afin de procéder à une telle appréciation de la gravité de la faute du conducteur.

Il ne s'agit donc pas d'examiner les griefs soulevés à l'encontre du conducteur adverse, dont la responsabilité est étudiée de manière indépendante par son propre assureur.

Ainsi, le fait d'avoir actionné son clignotant avant d'effectuer sa manœuvre pour tourner n'exonère pas l'assuré de toute responsabilité. L'assuré a donc commis une faute, en effectuant un changement de direction sans s'assurer qu'il pouvait le faire sans danger. Il lui incombait, en effet, de faire preuve de vigilance dans la réalisation de cette manœuvre, afin de ne pas perturber la circulation.

La faute commise par le conducteur adverse ne suffit pas à exonérer l'assuré de toute responsabilité. ●



Dans le cadre d'un accident de la circulation, l'assureur étudie la responsabilité de son assuré au regard des fautes qu'il a lui-même commises. La faute du conducteur adverse n'exonère pas l'assuré de sa responsabilité s'il a commis lui-même des fautes.

(1) Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, article 4.

LA RESPONSABILITÉ DE L'ASSUREUR DU FAIT DE L'EXPERT

L'expert est indépendant vis-à-vis de l'assureur qui n'est en théorie pas lié par ses conclusions. Il peut en être autrement, notamment en cas de mandat apparent, si l'assuré a légitimement pu croire que l'expert était le mandataire de l'assureur.



Le chiffrage de l'expert correspond à l'estimation des dommages mais peut être différent du montant de l'indemnité, celui-ci variant selon les garanties souscrites.

Le rôle de l'expert doit être clair aux yeux des assurés, au risque de voir la relation assureur-expert requalifiée en mandat apparent quand l'expert adopte un comportement pouvant laisser croire qu'il agit au nom et pour le compte de l'assureur.

L'expert n'est pas le mandataire de l'assureur et ne peut se prononcer sur la mise en œuvre de la garantie par l'assureur.

Une tempête a occasionné des dommages à la clôture d'un assuré. Son assureur a fait intervenir un expert aux fins de constater et d'évaluer les dommages. L'expert a chiffré le montant des dégâts à environ 8 000 euros et a confirmé à l'assuré qu'il pouvait procéder aux travaux de réparation de sa clôture.

Cependant, l'assureur a refusé de l'indemniser au motif que les dommages ne rentraient pas dans le cadre des garanties du contrat. En effet, les dégradations constatées ne concernaient que la clôture grillagée et les panneaux de bois. Or, la garantie tempête du contrat prenait en charge les dommages subis par les ouvrages maçonnés.

L'assuré a contesté la position de son assureur : il avait réalisé ses travaux en pensant, de bonne foi, être indemnisé par son assureur puisque l'expert avait indiqué dans son rapport d'expertise que la garantie était acquise.

L'expert a en effet répondu « Oui » à la question « La garantie est-elle acquise ? » et a indiqué « Pas de réserve » à la question « Réserve sur garanties ». Ainsi, il était légitime pour l'assuré de penser qu'il existait, de son point de vue, un mandat apparent entre l'expert et l'assureur, lui laissant croire que ce dernier avait délégué à l'expert le pouvoir de se prononcer sur la garantie.

Au regard des conditions contractuelles, la garantie n'était effectivement pas acquise et le refus d'intervenir de l'assureur était justifié. Cependant, le comportement de l'expert a été source d'incompréhension pour l'assuré.

En effet, le rôle de l'expert devrait uniquement être de constater et d'évaluer les dommages subis et non de se prononcer sur l'application du contrat d'assurance. Il revient à l'assureur, au vu des conclusions expertales, de déterminer si les garanties souscrites sont mobilisables.

Par principe, l'expert n'est pas mandataire de l'assureur. Le contrat entre l'assureur et l'expert est un contrat d'entreprise, de sorte qu'une faute de l'expert, professionnel indépendant, n'engage théoriquement que sa propre responsabilité.

Toutefois, la Cour de cassation a retenu la responsabilité de l'assureur du fait des fautes commises par l'expert dans l'hypothèse où ce dernier se comporte en mandataire de l'assureur⁽¹⁾.

En conséquence, l'assuré ayant légitimement cru que l'expert avait répondu pour le compte de l'assureur dans le cadre d'un mandat, le Médiateur a invité l'assureur à prendre en charge 50 % des frais engagés par l'assuré à l'occasion des travaux. ●

(1) Cass. 1^{ère} Civ., 8 février 2000, n° 98-12.999.

L'INDEMNISATION D'UN VOL SURVENU DANS DES LOCAUX OUVERTS AU PUBLIC

De nombreux contrats d'assurance garantissent le vol par introduction clandestine. Or cette notion est parfois source de litiges, en particulier lorsque le contrat souscrit par l'assuré couvre des locaux ouverts au public.

Un assuré a été victime du vol de plusieurs bouteilles de vin de grande valeur pendant les heures d'ouverture de sa boutique.

Un individu est entré dans le magasin alors que l'assuré était occupé avec un client, et a forcé la cave à vin cadenassée dans laquelle se trouvaient les bouteilles dérobées. Considérant avoir été victime d'un vol par introduction clandestine, garanti par son contrat d'assurance de dommages aux biens, l'assuré a sollicité l'indemnisation de son sinistre auprès de son assureur.

Après expertise, l'assureur a refusé de délivrer sa garantie, au motif que le vol par introduction clandestine n'était pas caractérisé. Il soutenait, en effet, que l'introduction clandestine supposait que l'auteur du vol ait pénétré dans les locaux garantis à l'insu de l'assuré. Or, selon lui, le voleur n'était pas entré à l'insu de l'assuré puisque, d'une part, le vol était survenu en présence d'un

vendeur pendant les heures d'ouverture de la boutique et, d'autre part, les bouteilles de vin dérobées étaient stockées dans une cave à vin accessible à la clientèle.

L'introduction clandestine était définie au contrat comme suit : « Introduction de personnes dans les locaux renfermant les biens et valeurs assurés à l'insu de l'assuré, d'un membre de sa famille ou d'un préposé, présent dans ces locaux ».

Or, l'auteur du vol était entré dans la boutique en échappant à la vigilance du vendeur occupé avec un client, dans le seul but de dérober les bouteilles de vin. Il s'était donc introduit dans la boutique assurée à l'insu du préposé, présent dans les locaux. Le stockage des bouteilles de vin dérobées dans une cave à vin accessible à la clientèle ne modifiait pas les circonstances du vol.

Le vol par introduction clandestine était ainsi caractérisé. Le Médiateur a donc invité l'assureur à délivrer sa garantie dans la limite des stipulations contractuelles. ●



Un vol survenu dans des locaux commerciaux pendant les heures d'ouverture peut avoir été commis par introduction clandestine.

L'assureur doit vérifier si l'auteur du vol s'est introduit dans les locaux garantis en échappant à l'attention de l'assuré et/ou des préposés présents au moment du vol. Il ne peut refuser de prendre en charge le sinistre en opposant à l'assuré une condition de garantie supplémentaire, non prévue par le contrat.

L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE DOIT NÉCESSAIREMENT AVOIR DÉBUTÉ

Les contrats d'assurance multirisque professionnelle contiennent généralement une garantie pertes d'exploitation. Cette dernière a pour objet de prendre en charge la marge brute perdue sur le chiffre d'affaires en cas de sinistre.



L'assureur détermine les conditions dans lesquelles il délivre sa garantie. Dès lors que l'assuré en a été informé lors de la souscription du contrat, il ne peut prétendre à une indemnisation si les conditions propres à la garantie ne sont pas réunies.

La garantie pertes d'exploitation ne peut être mobilisée que si le sinistre entraîne une interruption ou réduction de l'activité professionnelle assurée. L'activité doit donc nécessairement avoir débuté avant la survenance du sinistre.

Un assuré a acheté un nouveau local professionnel. Quelques semaines plus tard, ce local est dévasté par un incendie. Le commerçant sollicite alors la mise en œuvre de la garantie pertes d'exploitation de son contrat d'assurance multirisque professionnelle.

À la lecture de la clause contractuelle, plusieurs conditions cumulatives devaient être réunies afin de permettre la mobilisation de cette garantie.

Tout d'abord, la garantie pertes d'exploitation était ici une garantie accessoire : elle ne pouvait donc être mise en œuvre qu'en cas de survenance de l'un des événements garantis par le contrat. Ensuite, cet événement devait avoir causé une atteinte à l'outil de production. Enfin, le sinistre devait avoir provoqué une interruption ou une réduction momentanée de tout ou partie de l'activité professionnelle assurée.

Les deux premières conditions étaient remplies. En effet, un incendie, événement garanti, était survenu et l'outil de production avait été détérioré, puisque le local professionnel et ses agencements intérieurs étaient entièrement détruits.

La mise en œuvre de la garantie exigeait une dernière condition : une interruption ou réduction momentanée de l'activité professionnelle provoquée par le sinistre. Cependant, l'activité professionnelle de l'assuré n'avait pas encore démarré au jour du sinistre, puisqu'elle devait débuter quelques jours plus tard.

Or, la garantie ne pouvait être mobilisée que si le sinistre avait entraîné une « interruption ou une réduction momentanée de tout ou partie de l'activité » professionnelle et avait vocation à intervenir pour compenser les pertes subies entre la date de l'interruption ou de la réduction d'activité et la date de reprise de cette activité. Cela suppose que l'activité ait démarré avant la survenance du sinistre.

L'objectif de cette exigence n'est pas uniquement de restreindre le champ d'application de la garantie. Elle doit aussi permettre à l'assureur de chiffrer le préjudice subi. Rappelons que cette garantie a pour objet de prendre en charge la perte de marge brute. Si l'activité n'a pas débuté, il s'avère impossible de chiffrer le montant de cette perte.

La dernière condition n'étant pas remplie, le Médiateur a considéré que la garantie pertes d'exploitation n'était pas acquise. ●

LES AIDES DE L'ÉTAT SONT À DÉDUIRE DE L'INDEMNISATION DES PERTES D'EXPLOITATION

Si un assuré a reçu une aide de l'État pour pallier ses pertes d'exploitation, l'assureur est justifié à la déduire lors de l'estimation du préjudice.

Un restaurateur a souscrit un contrat d'assurance multirisque professionnelle.

En raison de la pandémie de Covid-19 et du confinement imposé par le gouvernement français, il a subi une perte de chiffre d'affaires. Il a alors bénéficié d'une indemnité par le biais du fonds de solidarité mis en place par l'État pour diminuer le préjudice financier subi par les professionnels dans le cadre de la crise sanitaire. En parallèle, le restaurateur s'est rapproché de son assureur afin de mobiliser sa garantie pertes d'exploitation.

L'expert, missionné par l'assureur pour chiffrer le préjudice, a déduit de son évaluation les aides de l'État ainsi que les charges économisées par le professionnel, portant le solde de l'indemnité à 0 euro. Selon les conditions générales, l'indemnité due au titre des pertes d'exploitation correspondait à la perte de marge brute, c'est-à-dire à la différence entre le chiffre d'affaires et les achats consommés.

L'hypothèse de subventions de l'État déduites de l'indemnité versée par l'assureur n'était pas expressément prévue par le contrat. Cependant, celui-ci rappelait le principe selon lequel « L'assurance a pour objet de réparer les conséquences du sinistre subi. L'indemnisation ne peut donc excéder la réparation des pertes réelles que vous avez supportées. L'assurance ne peut être une cause de bénéfice pour vous ».

Il s'agit d'une reprise du principe indemnitaire énoncé à l'article L.121-1 du Code des assurances, qui prévoit que « L'assurance relative aux biens est un contrat d'indemnité ; l'indemnité due par l'assureur à l'assuré ne peut pas dépasser le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre ». Le montant de l'indemnité ne peut donc pas dépasser les pertes réelles subies dans le cadre du sinistre. Le restaurateur contestait également la déduction des salaires de ses employés.

Le contrat prévoyait que « Les charges d'exploitation économisées, c'est-à-dire toutes les charges que [l'assuré cesse] de supporter du fait de la survenance de l'événement garanti ayant atteint [son] outil de production, viennent en déduction de [son] indemnisation ». Les salariés étaient au chômage partiel du fait de la fermeture de l'établissement. Ainsi, leurs salaires constituaient une économie de charges, que l'expert a valablement déduite.

L'assureur était fondé à déduire de l'estimation du préjudice l'aide perçue par le biais du fonds de solidarité, en vertu du principe indemnitaire.

La déduction des économies réalisées sur les salaires des employés au chômage partiel était également justifiée.

Les aides perçues et le montant des charges économisées étant supérieurs à la perte d'exploitation chiffrée par l'expert, l'assureur n'a pas eu à verser d'indemnité. ●

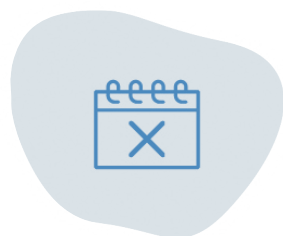


L'indemnité versée au titre de la garantie pertes d'exploitation est destinée à compenser la baisse du chiffre d'affaires du professionnel pour replacer l'entreprise dans la situation financière qui aurait été la sienne si le sinistre n'avait pas eu lieu.

En application du principe indemnitaire, le montant de l'indemnité ne peut excéder la réparation des pertes réelles supportées par l'assuré. Ainsi, si l'État a versé des aides pour compenser les pertes d'exploitation, elles doivent être prises en considération dans le chiffrage du préjudice.

L'ASSURÉ A DEUX ANS POUR RÉCLAMER SON INDEMNITÉ

En assurance de dommages, toute action doit être exercée dans les deux ans qui suivent l'évènement qui lui donne naissance. Cette prescription peut dans certains cas être interrompue.



L'assuré peut adresser à son assureur un courrier recommandé avec accusé de réception, sollicitant le règlement de l'indemnité, même s'il n'est pas encore en mesure de fournir tous les justificatifs tels que la facture des travaux, afin d'interrompre le délai qui court.

Un assuré titulaire d'un contrat d'assurance habitation a sollicité son assureur à la suite d'un dégât des eaux, le 2 octobre 2015.

Dans le cadre de sa déclaration de sinistre, l'assuré a indiqué à son assureur que des travaux de rénovation extérieurs avaient été entrepris dans son immeuble (étanchéité des terrasses). L'assureur a alors demandé à l'assuré, par courrier du 23 octobre 2015, de lui communiquer le constat amiable de dégât des eaux, complété et signé par son bailleur.

Le 16 juillet 2018, l'assuré a informé l'entreprise d'assurance que l'étanchéité de la terrasse située au-dessus de son appartement, avait été refaite.

L'entreprise d'assurance a refusé de prendre en charge le dégât des eaux au motif que la réclamation était prescrite, conformément aux dispositions des articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances.

L'assuré a contesté cette décision en précisant notamment que l'assureur lui aurait indiqué de revenir vers lui une fois les travaux extérieurs terminés. Toutefois, aucun élément produit au dossier n'a permis de corroborer ces dires.

Il a été rappelé à l'assuré que les conditions générales qui lui ont été transmises reprenaient les dispositions relatives à la prescription auxquelles les parties ne peuvent déroger. L'article L.114-1 du Code des assurances indique que « toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance ». L'article L.114-2 quant à lui prévoit que la prescription peut être interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée « par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité ».

Il appartenait ainsi à l'assuré d'accomplir un acte interruptif de prescription tel qu'un courrier recommandé avec accusé de réception.

Or, aucun document n'avait été adressé à l'assureur en réponse à sa demande. L'assuré n'est revenu vers l'assureur afin de l'informer que les travaux d'étanchéité de la terrasse de son immeuble étaient terminés que deux ans et huit mois plus tard.

Dans ces circonstances, le Médiateur a estimé que l'assureur était fondé à opposer à l'assuré la prescription de son action. ●

L'absence, au sein de la police d'assurance, des mentions relatives aux délais, causes et points de départ de la prescription, exigées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances et la jurisprudence est sanctionnée par l'inopposabilité de la prescription biennale à l'assuré.