

RAPPORT D'ACTIVITÉ

2020







RAPPORT D'ACTIVITÉ 2020

■ AVANT-PROPOS DE LA PRÉSIDENTE	p. 4
■ 1. INTRODUCTION	
● Le Mot du Médiateur	p. 8
● Les conditions de validité d'une clause d'exclusion	p. 20
● Le sort des clauses abusives dans les polices d'assurance	p. 26
■ 2. LE FONCTIONNEMENT DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE	
● La procédure de médiation	p. 30
● La Charte du Médiateur de l'Assurance	p. 32
● Gouvernance et ressources de La Médiation de l'Assurance	p. 34
● L'organigramme de La Médiation de l'Assurance	p. 36
■ 3. L'ACTIVITÉ DE LA MÉDIATION DE L'ASSURANCE EN CHIFFRES	
● Les chiffres clés	p. 40
● Les saisines	p. 42
● Les médiations effectuées	p. 50
■ 4. LA CRISE SANITAIRE	
● Assurances professionnelles et crise sanitaire : un lien de confiance à renouer	p. 58
● Les problématiques d'assurance liées à la pandémie de Covid-19	p. 64
■ 5. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ	
A. La relation contractuelle	
● Les objets de valeur peuvent faire l'objet d'un capital spécifique	p. 74
● Le courtier doit adapter sa proposition d'assurance après la visite de risque	p. 76
● Les limites au devoir de conseil de l'intermédiaire	p. 78
● La garantie ne peut être refusée pour des motifs non prévus dans le contrat	p. 79
● Il faut toujours assurer son véhicule même s'il ne roule plus	p. 80
● Les variations dans la déclaration de sinistre peuvent être sanctionnées	p. 81
● L'altération des relations commerciales : un motif de résiliation recevable ?	p. 82
B. Le sinistre	
● La nécessaire mise en œuvre des moyens de protection contre le vol	p. 86
● Pertes de loyers : le logement est-il devenu inhabitable ?	p. 87
● L'imprudence n'exclut pas nécessairement l'indemnisation	p. 88
● Il faut conserver les preuves du sinistre	p. 89
● Pas de vétusté en matière de responsabilité civile	p. 90
● L'assureur doit délivrer un portable identique à l'appareil garanti	p. 91
● La maladie existait-elle avant la réservation du voyage ?	p. 92

■ 6. LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE PERSONNES

A. La relation contractuelle

- L'exigence de précision des questionnaires de santé p. 98
- L'assurance vie mixte : un même contrat pour deux garanties distinctes p. 100
- Les exclusions opposables au bénéficiaire d'une assurance pour compte p. 102
- Le courtier doit délivrer son conseil avec promptitude p. 104
- La révocation des bénéficiaires par testament p. 105
- Quand on change de banque, peut-on être exclu d'un contrat collectif ? p. 106

B. La mise en œuvre du contrat

- L'assuré doit répondre exactement aux questions sur son état de santé p. 110
- Pas de fausse déclaration sans questionnement précis p. 111
- Le capital du contrat obsèques sert d'abord à régler les funérailles p. 112
- L'assurance temporaire décès est un contrat de prévoyance p. 113
- C'est ce qui a été convenu à la souscription qui s'applique p. 115
- Qu'est-ce qu'un accident corporel ? p. 116
- Les clauses d'exclusion sont insusceptibles d'interprétation p. 117

■ 7. UN CAS À PART

- Comme chien et chat p. 120

■ 8. ANNEXES

- La Charte du Club des Médiateurs de Services au Public p. 124
- La Médiation de l'Assurance à l'international p. 126
- Textes de référence p. 127
- Adresses utiles p. 128

■ 9. INDEX

p. 129

5

LES ÉTUDES DE CAS EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ



5A

**LES ÉTUDES DE CAS
EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ
LA RELATION CONTRACTUELLE**



LES OBJETS DE VALEUR PEUVENT FAIRE L'OBJET D'UN CAPITAL SPÉCIFIQUE

Lors de la souscription d'un contrat d'assurance habitation, l'assuré déclare le montant du capital mobilier à assurer. Les objets de valeur relèvent généralement d'un plafond distinct. À défaut de la mention d'un capital spécifique dans les conditions particulières, les objets de valeur pourraient ne pas être assurés.



Les assurés doivent vérifier régulièrement si les montants garantis pour le mobilier et les objets de valeur, indiqués aux conditions particulières, correspondent toujours à leur besoin de couverture, et le cas échéant, actualiser ces montants.

Dans un cas soumis au Médiateur, trois collections de livres anciens appartenant à l'assuré ont été dérobées à l'occasion d'un cambriolage. L'assureur a refusé la prise en charge de ces biens, au motif que ceux-ci constituaient des objets de valeur, non garantis par le contrat d'assurance souscrit.

En effet, les conditions particulières de l'assuré mentionnaient, au titre du capital garanti pour les objets de valeur : « 0 euro ». Les conditions générales du contrat d'assurance prévoyaient quant à elle la prise en charge du vol des biens mobiliers « dans la limite des capitaux précisés aux Conditions particulières ».

En vertu de ces stipulations contractuelles, l'assureur a donc uniquement indemnisé, au titre de la garantie vol, le mobilier dérobé. Il a cependant refusé d'intervenir concernant la prise en charge du vol des livres anciens, ceux-ci étant

considérés comme des objets de valeur.

L'assuré a contesté ce refus, estimant que ses livres anciens ne constituaient pas des objets de valeur, puisque leur valeur unitaire n'atteignait pas le montant fixé par les conditions générales du contrat d'assurance.

La définition des objets de valeur peut varier d'un contrat à l'autre. En l'occurrence, l'assureur a rappelé qu'aux termes du contrat d'assurance souscrit, « Les collections de toutes natures lorsque leur valeur totale est supérieure à 3 fois l'indice » étaient considérées comme des objets de valeur et qu'il fallait entendre par collection, une « série d'objets similaires ou ensemble d'éléments groupés en raison de certains points communs ».

En l'espèce, l'expert avait indiqué dans son rapport que chacune des

ASSURANCE HABITATION

séries de livres rares dérobées constituait un « *ensemble homogène* », correspondant donc à la définition de collection.

En effet, les ouvrages dérobés constituaient les différents volumes de plusieurs ensembles littéraires. Il s'agissait donc bien de plusieurs ensembles d'éléments groupés en raison de certains points communs, comme stipulé dans le contrat d'assurance.

Dans ce cas, s'agissant de collections, il n'y avait pas lieu de considérer la valeur unitaire de chaque livre mais de s'attarder sur la valeur de chaque collection, qui selon son montant, devait être considérée ou non comme un objet de valeur.

Les trois collections ont été estimées à 3 900 euros, 7 000 euros et 10 500 euros. Leur montant dépassait donc effectivement trois fois l'indice, à savoir 2 960 euros.

La qualification d'objet de valeur a donc été légitimement retenue.

Ainsi, en l'absence de garantie pour les objets de valeur – le capital déclaré étant de 0 euro – le Médiateur n'a pu que constater que l'assureur ne pouvait être tenu de procéder à l'indemnisation de ces collections de livres anciens. ●

Le souscripteur doit être attentif à la définition contractuelle d'objet de valeur, vérifier si le contrat comporte un plafond de garantie distinct et veiller à donner une estimation correspondant à la réalité pour être pris en charge à hauteur de leur valeur en cas de sinistre.

LE COURTIER DOIT ADAPTER SA PROPOSITION D'ASSURANCE APRÈS LA VISITE DE RISQUE

Le courtier en assurance est tenu à un devoir de conseil auprès de ses clients notamment au moment de la souscription d'un contrat d'assurance. Son rôle est essentiel lors de l'élaboration du contrat concernant l'étendue des garanties à proposer à l'assuré, en fonction des informations dont il a connaissance.



La visite de risque est l'un des moyens pour le courtier de diriger les choix de son client au mieux de ses intérêts afin d'assurer dans les meilleures conditions la couverture de ses biens.

Le devoir de conseil des courtiers d'assurance repose sur l'article L.521-4 du Code des assurances, issu de l'ordonnance n°2018-361 du 16 mai 2018, qui dispose : « I.- Avant la conclusion de tout contrat d'assurance, le distributeur mentionné à l'article L.511-1 précise par écrit, sur la base des informations obtenues auprès du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel, les exigences et les besoins de celui-ci et lui fournit 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. Le distributeur conseille un contrat qui est cohérent avec les exigences et les besoins du souscripteur éventuel ou de l'adhérent éventuel et précise les raisons qui motivent ce conseil (...) ».

Dans un cas soumis au Médiateur, l'assuré a souscrit, par l'intermé-

diaire d'un courtier, un contrat d'assurance habitation.

L'assuré a été victime d'un vol dans son habitation et l'assureur a refusé de l'indemniser pour les biens dérobés dans sa dépendance ainsi que ceux utilisés dans le cadre de son activité professionnelle. En effet, la garantie « vol en dépendances » n'avait pas été souscrite et le contrat prévoyait une exclusion de garantie pour les biens professionnels dès lors que l'habitation constituait le siège d'une société.

L'assuré a contesté cette décision, en faisant valoir que le courtier avait effectué une visite du risque à assurer et que, par conséquent, il avait manqué à son devoir de conseil.

À l'appui de sa réclamation, l'assuré a adressé des échanges écrits avec le courtier faisant état d'une rencon-

DEVOIR DE CONSEIL DE L'INTERMÉDIAIRE

tre dans les bureaux de l'assuré et d'une demande d'un extrait Kbis de son entreprise.

Le Médiateur a ainsi relevé qu'il ne pouvait pas être contesté que le courtier, lors de la souscription du contrat, avait connaissance du fait que l'assuré exerçait son activité professionnelle sur son lieu d'habitation, et que celui-ci disposait d'une dépendance.

En l'espèce, il n'était pas démontré que le courtier avait mis en garde l'assuré sur l'absence de garantie des biens professionnels alors que son habitation constituait le siège d'une société, et que le contrat ne comportait pas de garantie « vol en dépendances ».

L'assuré a donc perdu une chance de souscrire un contrat plus adapté à sa situation.

Lorsque la perte de chance est établie, elle constitue un préjudice indemnisable mais seule cette perte peut être indemnisée. Autrement dit, le préjudice de perte de chance ne se répare pas intégralement mais se limite à une certaine somme correspondant à la seule chance perdue.

Le Médiateur a estimé que cette perte de chance pouvait être évaluée à hauteur de 50 % et a demandé au courtier d'indemniser l'assuré de son préjudice à hauteur de 50 % de l'indemnité qu'il aurait pu percevoir en souscrivant des garanties complémentaires. ●

Si l'assuré décide de choisir un contrat aux garanties minimales, l'intermédiaire doit d'une part, alerter son client sur le risque d'insuffisance de couverture de ses risques et d'autre part, conserver une preuve de la mise en garde prodiguée.

LES LIMITES AU DEVOIR DE CONSEIL DE L'INTERMÉDIAIRE

Si l'intermédiaire est tenu à un devoir de conseil envers l'assuré, celui-ci trouve sa limite dans l'obligation qui pèse sur l'assuré de prendre connaissance des documents qui lui sont remis.



Afin d'éviter toute déconvenue, le Médiateur recommande aux assurés de bien lire l'ensemble des documents qui sont soumis à son attention avant de les ratifier. Sans cela, un éventuel défaut de conseil de l'intermédiaire sera difficile à invoquer.

Le Médiateur invite les intermédiaires d'assurance à vérifier la bonne compréhension par les souscripteurs des garanties et options qui leur sont présentées afin d'éviter toute désillusion en cas de sinistre.

Après avoir constaté des anomalies sur le véhicule qu'il venait d'acquérir, un assuré a sollicité la mise en œuvre de la garantie optionnelle « défense juridique » de son contrat.

Face au refus opposé par l'assureur, au motif que l'option n'avait pas été souscrite, l'assuré a reproché à son intermédiaire d'avoir manqué à son devoir de conseil en ne l'informant pas de l'existence de cette garantie optionnelle.

Dès 1964, la Cour de cassation a mis à la charge des intermédiaires une obligation de conseil, affirmant que le courtier « doit être un guide sûr et un conseil expérimenté » pour son client (Cass. civ. 1^{ère}, 10 nov. 1964, n° 62-13.411). Désormais, l'obligation de conseil figure à l'article L.520-1 du Code des assurances.

Le devoir de conseil implique de fournir toutes les informations de nature à permettre au souscripteur de choisir les garanties adaptées à son risque et de s'assurer que le contrat proposé correspond aux besoins du candidat à la souscription. Le conseil doit être personnalisé et non standardisé.

Cependant, le conseil n'est pas dû lorsque l'assuré est en mesure, à la simple lecture de la police et de l'avenant qu'il signe, de connaître les conditions précises du contrat (Cass. civ. 1^{ère}, 13 mai 2003, n° 00-15.266).

Dans le cas d'espèce, au sein de la proposition d'assurance, les différentes garanties proposées par le contrat étaient décrites. Or, à côté de la garantie optionnelle litigieuse, la mention « *Non choisi* » apparaissait.

Le Médiateur a alors constaté que l'assuré avait signé la proposition d'assurance du contrat, qui listait les garanties proposées et souscrites ou non par l'assuré.

Il ne pouvait donc être soutenu que l'existence de la garantie optionnelle, ainsi que son fonctionnement n'avaient pas été portés à la connaissance de l'assuré, ces informations figurant sur la proposition d'assurance ratifiée par l'assuré. Une lecture, même rapide, des dispositions figurant dans ce document lui aurait permis de connaître l'étendue de ses garanties.

En conséquence, il ne pouvait être reproché un défaut de conseil à l'intermédiaire. ●

LA GARANTIE NE PEUT ÊTRE REFUSÉE POUR DES MOTIFS NON PRÉVUS DANS LE CONTRAT

Les dispositions contractuelles s'imposent aux parties. Pour refuser la mise en œuvre de sa garantie annulation de voyage, un assureur ne peut donc pas se fonder sur des critères médicaux non prévus par le contrat.

Les assureurs peuvent librement délimiter le champ des garanties qu'ils proposent en définissant les risques couverts et en stipulant les conditions de garantie. Le contrat ayant force obligatoire entre les parties, ses dispositions s'imposent à elles. Un assureur ne peut donc les modifier unilatéralement, ni refuser sa garantie dès lors que les conditions sont remplies.

Les contrats d'assurance « annulation de voyage » amènent régulièrement les assurés à se tourner vers le Médiateur, dénonçant des refus de prise en charge.

À titre illustratif, le Médiateur a ainsi été saisi d'un litige relatif à un contrat prévoyant notamment le remboursement des frais restés à la charge de l'assuré en cas d'annulation d'un voyage résultant d'une « *maladie grave* ». Le contrat définissant la maladie grave comme celle ayant entraîné une hospitalisation de l'assuré pendant plus de vingt-quatre heures et l'empêchant de voyager, l'assuré devait, pour obtenir le remboursement des frais restés à

sa charge, fournir un certificat médical faisant état de ces éléments.

L'assuré a transmis le certificat médical requis, dans lequel le médecin confirmait la contre-indication à voyager et rappelait une hospitalisation de plusieurs jours. L'assureur a cependant refusé la mise en œuvre de sa garantie, au motif que la pathologie ayant entraîné l'annulation du voyage n'empêchait pas l'assuré de voyager au regard des « *standards internationaux d'aptitude à voyager* », sans autres précisions.

Le Médiateur a toutefois relevé qu'aucun document contractuel ne faisait mention de ces « *standards internationaux* » pour que l'assuré puisse prétendre à sa garantie.

Après avoir rappelé que seules les dispositions contractuelles s'imposaient aux parties, et constaté que l'assuré remplissait les conditions de garantie prévues par le contrat, le Médiateur a donc invité l'assureur à délivrer la garantie annulation de voyage. ●



L'assureur ne peut se prévaloir de critères non prévus contractuellement pour refuser sa garantie.

Le Médiateur invite les assureurs à préciser dans leurs contrats d'assurance « annulation de voyage » les critères médicaux permettant d'apprécier l'état de santé de l'assuré.

IL FAUT TOUJOURS ASSURER SON VÉHICULE, MÊME S'IL NE ROULE PLUS

Le fait qu'un véhicule ne roule plus ne soustrait pas son propriétaire à l'obligation d'assurance et n'est donc pas un motif de résiliation.



Quand un assuré demande la résiliation d'un contrat d'assurance en raison de l'absence de circulation du véhicule, l'assureur doit lui rappeler l'obligation d'assurance pesant sur le propriétaire d'un véhicule et peut lui proposer de ne maintenir que les garanties obligatoires.

Une voiture, même immobile, représente un risque pour les tiers. Elle peut prendre feu, exploser ou les freins peuvent lâcher et causer un dommage aux tiers. Pour ces raisons, il est important d'être assuré au titre d'une garantie responsabilité civile.

Un assuré demandait la suspension de son contrat d'assurance automobile car son véhicule n'était plus en circulation.

Afin de procéder à la résiliation du contrat, l'assureur a alors demandé à l'assuré de confirmer que le véhicule était bien hors service, batterie débranchée et que la carte grise avait été retournée à la Préfecture avec la mention « épave ».

Faute pour l'assuré d'avoir communiqué ces documents, l'entreprise d'assurance n'a pas procédé à la résiliation du contrat et a adressé à l'assuré une mise en demeure de régler la prime d'assurance.

Ce dernier a contesté, estimant que dès lors que son véhicule nécessitait d'importantes réparations et n'était plus en état de rouler, son contrat d'assurance devait être résilié.

Cependant, tout véhicule terrestre à moteur doit obligatoirement être assuré au minimum « au tiers » – c'est-à-dire qu'il doit être couvert pour les dommages causés aux tiers – et ce, même s'il est immobilisé (article L.211-1 du Code des assurances).

Le contrat devait donc poursuivre ses effets, et notamment la garantie responsabilité civile du conducteur. Bien que n'utilisant plus son véhicule, l'assuré était toujours en

sa possession. Par conséquent, il n'était pas possible de procéder à la résiliation du contrat d'assurance automobile pour les motifs invoqués par l'assuré, qu'il s'agisse de la perte totale ou de la résiliation à l'échéance.

Concernant la résiliation pour perte totale du véhicule, l'assuré doit fournir un document justifiant qu'il n'est plus en possession de son véhicule, par exemple un document attestant de sa cession à un épaviste. L'assuré n'a pas pu joindre un tel document à sa réclamation de sorte que la résiliation pour perte totale du véhicule n'était pas possible.

Ensuite, pour pouvoir prétendre à la résiliation du contrat d'assurance à échéance, l'assuré doit adresser un courrier recommandé à son assureur deux mois avant la date d'échéance de son contrat. Les délais n'ayant pas été respectés en l'espèce, la demande de l'assuré pouvait être refusée.

L'assureur a alors proposé de procéder à une diminution des garanties afin de n'assurer le véhicule qu'au minimum des garanties, ceci à effet rétroactif, à la date de la première demande.

Le Médiateur a confirmé que la proposition de l'assureur était satisfaisante puisqu'elle allait même au-delà des obligations légales. ●

LES VARIATIONS DANS LA DÉCLARATION DE SINISTRE PEUVENT ÊTRE SANCTIONNÉES

La seule déclaration inexacte de l'assuré à l'occasion d'un sinistre ne suffit pas à lui opposer une déchéance de garantie. Il faut pouvoir établir qu'elle a été faite de manière intentionnelle. La variation des déclarations de l'assuré concernant son sinistre permet dans certains cas d'établir cette intentionnalité.

Les contrats d'assurance prévoient généralement une clause de déchéance privant l'assuré de son droit à indemnisation en cas de fausse déclaration intentionnelle de ce dernier sur la date, les circonstances ou les conséquences d'un événement garanti.

Il s'agit d'une sanction légitime en cas de tentative de fraude de la part de l'assuré. Toutefois, pour être valablement opposée, il incombe à l'assureur de démontrer d'une part, la présence d'une déclaration inexacte, et d'autre part, qu'elle a été commise intentionnellement par l'assuré.

La bonne foi entre contractants étant présumée, il appartient à celui qui allègue de la déloyauté de son partenaire d'en apporter la preuve. Il s'agit là d'un principe fondamental de droit des obligations contractuelles et la Cour de cassation a jugé que le doute sur la mauvaise foi suffit à l'écarter.

Dans le cas étudié, un assuré a adressé une première déclaration de sinistre à son assureur, précisant avoir retrouvé son véhicule stationné endommagé et sollicitant la prise en charge de ses dommages.

L'assureur a mis en place une expertise du véhicule qui a conclu que les dommages constatés ne pouvaient pas résulter d'un choc en stationnement mais étaient caractéristiques d'un choc contre un corps fixe de type poteau métallique.

Informé des conclusions du rapport d'expertise, et par conséquent des doutes de l'assureur sur les circonstances du sinistre l'assuré est revenu sur sa première déclaration de sinistre en indiquant avoir heurté un poteau en effectuant une manœuvre de recul avec son véhicule.

Or, la deuxième chambre civile de la Cour de cassation a précisé que les variations de déclarations de l'assuré concernant la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, permettaient d'établir l'intentionnalité d'une fausse déclaration faite par l'assuré et de le priver ainsi de tout droit à garantie (Cass. civ. 2^{ème}, 17 janvier 2019, n° 18-11.701).

Par conséquent, il a été considéré, en application de la jurisprudence précitée, que l'assureur était fondé à opposer à l'assuré la déchéance de garantie pour ce sinistre, ayant pour conséquence le refus de prise en charge des dommages de son véhicule. ●



L'assuré a tout intérêt à déclarer avec exactitude les circonstances de survenance de son sinistre et à répondre sincèrement aux questions posées par l'assureur, pour ne pas se voir opposer une clause contractuelle le privant de son droit à garantie.

Il ne doit pas hésiter à faire part de ses réserves lorsqu'il ignore la réponse exacte à la question posée (par exemple, le kilométrage du véhicule). À défaut, il pourrait être privé de son droit à garantie.

RÉSILIATION

Étude réalisée par Tiphaine Guiot

L'ALTÉRATION DES RELATIONS COMMERCIALES : UN MOTIF DE RÉSILIATION RECEVABLE ?

Lorsque l'assureur procède à la résiliation d'un contrat d'assurance, il doit, dans certains cas, indiquer à l'assuré les raisons qui justifient sa décision. La légitimité des motifs alors invoqués peut être source de contestation.



L'assureur doit indiquer un motif de résiliation dans tous les cas où il résilie de lui-même un contrat d'assurance couvrant une personne physique en dehors de son activité professionnelle.

Dans le cadre de ces litiges, le Médiateur vérifie le respect de cette obligation de motivation par l'assureur, mais cela ne saurait le conduire à apprécier la légitimité du motif invoqué.

Un cas soumis à l'appréciation du Médiateur concernait un assuré qui avait vu ses contrats d'assurance automobile et habitation résiliés à leur échéance annuelle, en application de l'article L.113-12 du Code des assurances. Dans son courrier de résiliation, l'assureur motivait sa décision par « *l'altération des relations commerciales* ».

Par la suite, l'assuré ne parvenait pas à trouver une nouvelle entreprise d'assurance acceptant de couvrir ses risques. Estimant que ces difficultés étaient imputables au motif de rupture soulevé par l'assureur, l'assuré a contesté la résiliation en faisant valoir que : d'une part, les conditions générales de ses contrats ne prévoyaient pas de faculté de résiliation pour un tel motif ; d'autre part, ce motif n'était pas légitime car uniquement fondé sur un appel téléphonique houleux entre l'assuré et un conseiller de l'assureur.

Le Médiateur a alors tout d'abord rappelé que, conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances, l'assureur peut, comme l'assuré, librement résilier le contrat d'assurance à l'échéance annuelle, à la condition de respecter un préavis de deux mois avant la date d'échéance du contrat.

Cette faculté de résiliation à l'échéance annuelle était d'ailleurs rappelée au sein des conditions générales des deux contrats sous-crits par l'assuré.

En outre, lorsque l'assureur prend l'initiative de la résiliation, et que le contrat couvre une personne physique en dehors de son activité professionnelle, l'article L.113-12-1 du Code des assurances lui impose de motiver sa décision.

Le Médiateur a alors relevé que, si ce texte met à la charge de l'assureur une obligation de motivation, il n'impose pas pour autant que les motifs pouvant justifier une résiliation soient expressément prévus par les dispositions contractuelles. Le législateur n'a pas non plus instauré de liste de motifs considérés comme légitimes, ni de dispositif de contrôle de la motivation de la résiliation.

Ainsi, l'assureur pouvait valablement motiver sa décision de résilier le contrat par « *l'altération des relations commerciales* », sans avoir à justifier plus avant ce motif. ●

5B

LES ÉTUDES DE CAS
EN ASSURANCE DE BIENS ET RESPONSABILITÉ
LE SINISTRE



LA NÉCESSAIRE MISE EN ŒUVRE DES MOYENS DE PROTECTION CONTRE LE VOL

Respecter le niveau de protection exigé au contrat ne suffit pas toujours à mobiliser la garantie vol. Il est souvent exigé que ces moyens de protection soient fonctionnels et mis en œuvre selon les dispositions contractuelles.



L'assureur est soumis à l'obligation d'exécution loyale du contrat pour protéger l'assuré d'éventuelles exigences injustifiées.

L'assuré doit porter une attention particulière aux obligations liées à la mobilisation de la garantie vol. Les moyens de protection indiqués au contrat doivent non seulement être en place, mais également activés.

Les garanties vol incluses dans les contrats d'assurance habitation sont accompagnées d'exigences relatives aux moyens de protection devant être mis en place par l'assuré. Ce dernier doit donc disposer du niveau de protection convenu lors de la conclusion du contrat, mais aussi actionner ces moyens de protection pour que la garantie soit mobilisable.

Dans le cas soumis au Médiateur, un assuré a été victime du vol par effraction de son habitation lors de son absence en journée.

Le contrat prévoyait un système de protection « Niveau 1 », c'est-à-dire une serrure « trois points ». L'utilisation effective de tous les moyens de protection existants constituait une condition de garantie et était nécessaire en cas d'absence entre 6h et 22h.

À la suite du vol, l'assureur a envoyé un expert. Ce dernier a indiqué que la porte principale comportait une serrure de cinq points, qui avait bien été verrouillée mais qu'un verrou supplémentaire installé par l'assuré n'était pas activé lors du sinistre.

À la réception de ces conclusions expertales, l'entreprise d'assurance a notifié un refus de prise en charge au motif que les mesures de protection exigées par le contrat n'étaient pas respectées.

Toutefois, le Médiateur a relevé que ce verrou supplémentaire présent sur la porte d'entrée était inefficace en raison d'un défaut d'installation, de sorte qu'il devait être assimilé à une absence de verrou.

Le principe de bonne foi qui participe de l'essence même du contrat d'assurance doit amener l'assureur, qui constate la conformité des moyens de protection aux exigences contractuelles, à accorder sa garantie et à ne pas se retrancher derrière l'existence d'un verrou supplémentaire non fonctionnel pour refuser de procéder à l'indemnisation.

Il a ainsi été considéré, compte tenu du fait que l'assuré disposait d'un système de protection supérieur à celui exigé par le contrat et que les moyens de fermeture fonctionnels avaient bien été actionnés, que la garantie vol devait être mobilisée. ●

GARANTIE PERTES DE LOYERS : LE LOGEMENT EST-IL DEVENU INHABITABLE ?

La garantie pertes de loyer a pour objet la prise en charge de la perte économique subie par le propriétaire d'un logement lorsqu'à la suite d'un sinistre, le locataire quitte le logement. Toutefois, les conditions de délivrance de cette garantie varient selon les contrats.

Conformément aux dispositions prévues par l'article 1353 du Code civil, c'est à celui qui allègue un fait d'en apporter la preuve. Transposé en droit des assurances, cela signifie qu'il appartient à l'assuré d'établir que les conditions requises pour mettre en jeu la garantie sont réunies.

Le Médiateur a été saisi d'un litige opposant un assuré – propriétaire non occupant – à son assureur au sujet des loyers non perçus à la suite du départ de ses locataires. L'assuré sollicitait la prise en charge de ces loyers, au motif que les locataires avaient quitté le bien loué en raison de la survenance d'un sinistre.

Les conditions générales du contrat d'assurance prévoyaient ainsi que : *« lorsqu'à la suite d'un sinistre garanti (...), votre locataire doit quitter son habitation, nous prenons en charge le montant des loyers que vous ne pouvez légalement percevoir. Le montant de l'indemnité est déterminé en fonction du temps nécessaire, à dire d'expert, à la remise en état de l'habitation, dans la limite prévue aux Conditions particulières ».*

En l'espèce, l'habitation assurée avait fait l'objet de plusieurs dégâts des eaux indemnisés par l'assureur. À la suite de ces sinistres, les locataires avaient mis fin au bail de location et le bien n'avait pas été reloué durant neuf mois.

Le propriétaire assuré, faisant valoir que les dégâts des eaux successifs étaient la cause du départ des locataires, a sollicité la prise en charge des loyers.

L'assureur a sollicité un expert qui a estimé que, malgré les sinistres successifs, les locataires auraient pu continuer à séjourner au sein du bien loué.

Dans ces conditions, le Médiateur a relevé que le contrat subordonnait la garantie à un départ contraint des locataires en raison d'un sinistre garanti.

Par conséquent, et dès lors qu'il n'était pas contesté que le bien loué n'était pas devenu inhabitable, le Médiateur a constaté que les conditions de la garantie n'étaient pas réunies et a donc confirmé le refus de prise en charge opposé par l'assureur. ●



Lorsqu'il sollicite la mise en œuvre de la garantie pertes de loyer, le propriétaire assuré est tenu de rapporter la preuve de la réunion des conditions de garantie prévues par son contrat d'assurance.

Lorsque le contrat conditionne la garantie à l'impossibilité pour le locataire de se maintenir dans les lieux, le seul fait que celui-ci ait procédé à la résiliation du bail en raison de la survenance du sinistre est insuffisant pour obtenir la délivrance de la garantie.

L'IMPRUDENCE N'EXCLUT PAS NÉCESSAIREMENT L'INDEMNISATION

La faute dolosive prévue à l'article L.113-1, alinéa 2 du Code des assurances permet à l'assureur de refuser sa garantie si cette faute fait perdre à l'opération d'assurance son caractère aléatoire.



La faute dolosive suppose que l'assureur démontre non seulement une faute ou une imprudence de l'assuré mais aussi la conscience de ce dernier que cette faute ou imprudence entraînerait de manière inéluctable un dommage.

Il ne faut pas confondre la faute dolosive et la faute intentionnelle, prévue à l'article L.113-1, alinéa 2, du Code des assurances. Cette dernière ne sera retenue que si l'assuré a agi avec la volonté de causer le dommage tel qu'il est survenu.

L'assuré s'étant engagé sur une route traversée par un cours d'eau et se retrouvant bloqué au milieu de celle-ci, commet-il une faute ayant pour conséquence de le priver de l'indemnisation de son sinistre ?

Dans ce dossier soumis au Médiateur, un assuré a déclaré la panne de son véhicule après avoir franchi une route traversée par un cours d'eau.

L'assureur a refusé de prendre en charge le sinistre, au motif que le comportement de l'assuré avait supprimé le caractère accidentel du sinistre et que ce dernier avait commis une faute dolosive au sens de l'article L.113-1, alinéa 2, du Code des assurances.

Afin de déterminer si l'assureur était en mesure de refuser de délivrer sa garantie, le Médiateur a rappelé les critères dégagés par la jurisprudence permettant de caractériser la faute dolosive.

Le Code des assurances dispose à l'article L.113-1, alinéa 2, que « l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ». La deuxième chambre civile de la Cour de cassation a proclamé l'autonomie de la faute dolosive, en considérant dans un arrêt récent que la faute dolosive était caractérisée lorsque l'assuré avait manqué à l'une de ses obligations et qu'il avait conscience du fait que ce manquement entraînerait de manière inéluctable un dommage faisant disparaître le caractère aléatoire du risque garanti (Cass. civ. 2^{ème}, 20 mai 2020, n° 19-14.306).

Le contrat d'assurance est un contrat aléatoire au sens de l'article 1108, alinéa 2 du Code civil, lequel prévoit que « le contrat est aléatoire lorsque les parties acceptent de faire dépendre les effets du contrat, quant aux avantages et aux pertes qui en résulteront, d'un événement incertain ».

La connaissance par l'assuré que son action ou son inaction aura pour effet la réalisation d'un sinistre entraînant l'intervention de son assureur supprime cet aléa privant le contrat de sa caractéristique essentielle.

S'agissant d'une exclusion de garantie, la preuve de la réunion de ses conditions est laissée à la charge de l'assureur. Ainsi, pour refuser la prise en charge du sinistre, l'assureur doit démontrer non seulement que l'assuré a eu un comportement ayant pour effet de rendre inévitable la réalisation du dommage mais aussi sa volonté de faire disparaître l'aléa attaché à la couverture du risque.

Au regard de ces éléments, le Médiateur a conclu que, si la circonstance d'avoir traversé une route inondée constituait un manque de vigilance de l'assuré, les éléments du cas d'espèce n'avaient pas permis d'établir que l'assuré avait conscience que ce manque de vigilance entraînerait nécessairement un dommage.

Dès lors, dans le respect de la jurisprudence la plus récente de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, aucune faute dolosive ne pouvait être caractérisée de sorte que l'assureur était tenu de délivrer sa garantie. ●

IL FAUT CONSERVER LES PREUVES DU SINISTRE

En cas de sinistre, il incombe à l'assuré de rapporter la preuve de la nature et de l'étendue de ses dommages afin de pouvoir établir son préjudice. Cette preuve peut être rapportée par tous moyens.

Un épisode climatique avec chutes de grêle a provoqué des infiltrations d'eau dans l'habitation d'un assuré et ses biens mobiliers ont été endommagés. Il a donc déclaré son sinistre à son assureur qui a diligenté une expertise.

Lors de sa visite, l'expert n'a pu que constater que l'assuré avait procédé à la remise en état des peintures et nettoyé toute trace du sinistre subi.

Aucun dommage n'a donc pu être relevé, mettant ainsi l'expert dans l'impossibilité de vérifier la réalité et l'étendue du sinistre. En conséquence, l'entreprise d'assurance a refusé de délivrer sa garantie.

Lorsque le Médiateur est saisi dans une telle affaire, il est contraint 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* ».

Ce principe fondamental tiré du Code civil fait ainsi peser la charge de la preuve sur l'assuré qui sollicite le bénéfice de la garantie de son contrat auprès de son assureur. En d'autres termes, l'assuré doit d'une part, démontrer la réalité et l'étendue de son sinistre et d'autre part, rapporter la preuve du fait que ce sinistre entre bien dans le champ de la garantie contractuelle.

En l'espèce, afin d'obtenir une prise en charge de la part de son assureur,

l'assuré lui avait communiqué la liste de ses dommages ainsi que des photographies des biens sinistrés.

Toutefois, ces éléments – même s'ils constituaient un début de preuve – ne pouvaient être considérés comme suffisants car ils ne permettaient pas de déterminer avec exactitude l'étendue des dommages, le lien de causalité les rattachant à l'évènement climatique, ni leur état avant sinistre.

Or, en application du principe indemnitaire, instauré à l'article L.121-1 du Code des assurances, « *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* ».

Il en découle que l'assuré, à l'occasion de son sinistre, ne doit obtenir aucun enrichissement ni subir aucune perte. Dès lors, l'assureur qui ne dispose pas d'éléments probants pour chiffrer précisément le dommage subi par son assuré, ne peut mobiliser son contrat.

En anticipant la réfection des peintures et le nettoyage de son appartement, l'assuré n'a pas permis à son assureur d'évaluer les dommages subis, le conduisant à refuser de délivrer sa garantie. Dans un tel cas de figure, le Médiateur ne peut que confirmer la position de l'assureur. ●



Les assureurs pourraient utilement insérer dans leurs contrats un encart au sein de la partie « *que faire en cas de sinistre ?* » rappelant aux assurés qu'ils doivent conserver tout élément probant relatif au sinistre subi pour obtenir une indemnisation.

L'assuré qui souhaite remettre en état les dommages suite à un sinistre doit impérativement obtenir au préalable l'accord de l'assureur. À défaut, il s'expose à un refus de prise en charge.

PAS DE VÉTUSTÉ EN MATIÈRE DE RESPONSABILITÉ CIVILE

Les règles d'application d'un coefficient de vétusté ne sont pas identiques lorsque l'indemnisation est versée dans le cadre d'une assurance de dommages ou en vertu des principes de responsabilité civile.



En matière d'assurance de dommages, le montant de l'indemnité doit être déterminé en fonction des garanties du contrat, qui déduisent un montant de vétusté selon l'ancienneté du bien.

En matière de responsabilité civile, la chose endommagée par un tiers doit être remplacée, dans le cadre du recours, sans qu'il ne soit fait application d'une vétusté.

L'article L.121-1 du Code des assurances, posant le principe indemnitaire, vise à replacer l'assuré dans la situation qui était la sienne avant la survenance du sinistre, sans que ce dernier ne puisse en tirer un enrichissement. Le calcul de l'indemnité peut donc inclure un coefficient de vétusté, dont les règles d'application diffèrent selon les cas.

Un assuré en motocyclette a été victime d'un accident de la circulation. Lors de l'accident, son blouson en cuir a été déchiré et son casque endommagé. L'assuré disposait d'une assurance au tiers, et a été reconnu non responsable de l'accident. C'est donc au titre de la garantie recours prévue par son contrat d'assurance, que l'assureur sollicitait, pour le compte de son assuré, l'indemnisation auprès de l'assureur du tiers responsable.

Afin d'exercer son recours, l'assureur demandait à l'assuré l'envoi des factures d'achat initiales du blouson et du casque, afin d'appliquer la vétusté nécessaire à ce type d'équipement. L'assuré a contesté l'application de cette vétusté.

Il a été rappelé que, selon la jurisprudence de la Cour de cassation : « Le propre de la responsabilité civile est de rétablir aussi exactement que possible l'équilibre détruit par le dommage, et de replacer la victime, aux dépens du responsable, dans la situation

où elle se serait trouvée si l'acte dommageable ne s'était pas produit » (Cass. civ. 2^{ème}, 28 octobre 1954).

La Haute Juridiction a par ailleurs précisé qu'en matière de responsabilité civile, la vétusté ne doit pas donner lieu à l'application d'un coefficient réducteur sur l'indemnité d'assurance. L'application d'une vétusté aurait pour effet de ne pas replacer la victime dans la situation exacte qui aurait été la sienne sans la survenance de l'événement dommageable (Cass. civ. 3^{ème}, 19 juillet 1995, n° 93-16.106), ou contraindrait la victime à supporter injustement une dépense supplémentaire rendue nécessaire par la faute d'un tiers (Cass. civ. 2^{ème}, 16 décembre 1970, n° 69-12.617).

Ainsi, en application de cette jurisprudence et étant face à la détérioration d'une chose assurée du fait de la responsabilité d'un tiers, le Médiateur a invité l'assureur à engager son recours auprès de l'assureur de la partie adverse afin d'obtenir la réparation du dommage causé à son assuré, sans déduire le montant de la vétusté. ●

L'ASSUREUR DOIT DÉLIVRER UN PORTABLE IDENTIQUE À L'APPAREIL GARANTI

L'assureur doit remettre l'assuré dans la situation dans laquelle il se trouvait avant le sinistre. Ici, cela signifiait fournir un appareil de modèle identique à l'appareil volé.

Le principe de la force obligatoire des contrats impose à l'assureur de respecter les dispositions contractuelles dans leur intégralité. Un assureur ne peut donc invoquer l'indisponibilité d'un téléphone portable dans son propre stock pour se soustraire à son obligation de délivrer un appareil de remplacement ayant les mêmes caractéristiques principales que l'appareil garanti.

À titre d'illustration, le Médiateur a récemment été saisi d'un litige relatif à un contrat prévoyant notamment la délivrance d'un téléphone portable de modèle identique à l'appareil garanti en cas de vol. Le contrat définissait l'appareil de remplacement comme étant « *un appareil reconditionné ou neuf de modèle identique, présentant les mêmes caractéristiques techniques principales, à l'appareil garanti original* ».

Lors d'un séjour à l'étranger, un assuré ayant été victime du vol de son téléphone portable a saisi son assureur pour demander la mise en œuvre de sa garantie vol.

L'assureur a accepté de prendre en charge le sinistre. Toutefois, « *ne disposant plus d'un mobile identique au [sien]* » dans son stock, l'assureur a invité son assuré à choisir un

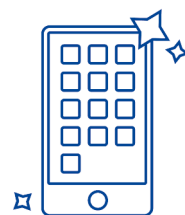
téléphone de remplacement parmi une liste limitative d'autres modèles.

L'assuré a contesté : « *la liste proposée n'a rien à voir avec mon téléphone ni en valeur, ni en modèle, ni en année de production* ». Le Médiateur a constaté qu'en effet les modèles proposés n'étaient ni identiques, ni équivalents à l'appareil garanti original.

Or, en application du principe de force obligatoire du contrat, l'assuré peut exiger de l'assureur qu'il exécute son obligation, sauf impossibilité ou disproportion manifeste (article 1221 du Code civil).

En l'espèce, s'agissant d'un téléphone récent iPhone 11 Pro 64 Go, encore disponible sur le marché, il n'était ni impossible ni manifestement disproportionné pour l'assureur de se le procurer. La seule absence de cet appareil dans son propre stock ne pouvait constituer une raison légitime pour l'assureur de ne pas respecter ses obligations contractuelles.

Par conséquent le Médiateur a invité l'assureur à délivrer un appareil de modèle identique à l'appareil garanti original, conformément aux dispositions contractuelles. ●

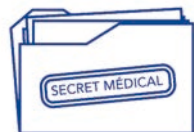


En l'absence d'impossibilité démontrée d'exécuter ses obligations, l'assureur ne peut contraindre l'assuré à accepter un appareil de remplacement non équivalent à l'appareil garanti.

L'assureur doit démontrer qu'il a tenté, par tous moyens, de respecter ses obligations contractuelles. En cas d'impossibilité de délivrer l'appareil convenu, il doit alors indemniser l'assuré.

LA MALADIE EXISTAIT-ELLE AVANT LA RÉSERVATION DU VOYAGE ?

Les assureurs refusent souvent leur garantie en invoquant une exclusion contractuelle pour antériorité médicale, sans pour autant communiquer la position de leur médecin conseil à leur assuré. Une telle pratique soulève des difficultés s'agissant de la charge de la preuve, qui doit être rapportée par l'assureur.



En cas de maladie préexistante ou de traitement antérieur, il incombe à l'assureur de prouver que les conditions d'application de la clause d'exclusion sont bien réunies.

Afin de préserver le caractère aléatoire du contrat d'assurance, les garanties d'annulation de voyage sont généralement assorties de clauses d'exclusion visant à ne pas indemniser l'annulation qui serait due à une maladie diagnostiquée ou traitée antérieurement à la réservation du voyage.

Conformément à l'article 1353 du Code civil, il appartient à l'assureur d'apporter la preuve du fait que les conditions d'application de la clause d'exclusion sont réunies, et donc de l'antériorité du traitement ou du diagnostic de la maladie.

À cet égard, il est fréquent que les assureurs sollicitent l'avis de leur médecin conseil, afin de déterminer si la maladie à l'origine de l'annulation du voyage entre dans le champ de l'exclusion contractuelle.

Toutefois, dans de nombreux dossiers soumis au Médiateur, les assureurs refusent leur garantie sans pour autant communiquer à l'assuré la position de leur médecin conseil. La charge de la preuve se trouve alors inversée, puisque l'assuré se retrouve contraint de prouver

l'absence d'antériorité médicale pour contester efficacement le refus de l'assureur.

À titre d'exemple, une assurée bénéficiait d'une garantie annulation de voyage dans le cadre de son contrat d'assurance de carte bancaire. Alors qu'elle avait réservé un séjour pour elle et son époux, elle a été contrainte de procéder à l'annulation de ce voyage pour raison médicale, ce qu'elle a déclaré à son assureur.

À réception des justificatifs médicaux et après avis de son équipe médicale, l'assureur a refusé la mise en œuvre de la garantie annulation de voyage, au motif que la maladie à l'origine de l'annulation était préexistante à la réservation du voyage. Malgré la production de nouveaux éléments médicaux par l'assurée, l'assureur a maintenu son refus, sans davantage d'explications.

Le Médiateur a relevé que les documents médicaux fournis par l'assurée laissaient subsister un doute quant à l'antériorité de la maladie. En effet, le voyage avait été réservé le 15 février, l'assurée avait déclaré son sinistre le 5 mars

ANNULATION DE VOYAGE

suivant, et le questionnaire médical rempli par son médecin traitant indiquait que cette maladie avait été diagnostiquée « *au cours des douze derniers mois* ».

Pour autant, aucun élément ne permettait de dater avec précision le premier diagnostic de la maladie, de sorte que l'antériorité n'était pas formellement et objectivement établie. De plus, l'assureur ne fournissait aucun élément probant ni aucune explication quant au caractère préexistant, et se bornait à affirmer que la maladie à l'origine de l'annulation était antérieure à la réservation du voyage, sans plus de précisions alors même qu'il lui aurait suffi d'adresser un nouveau questionnaire plus précis au médecin de l'assurée afin d'établir formellement la date de diagnostic de la pathologie de l'assurée.

En l'absence d'élément probant, il a été considéré que l'assureur n'apportait pas la preuve de la réunion des conditions de l'exclusion. Le Médiateur l'a donc invité à délivrer sa garantie. ●

Le Médiateur invite les assureurs à transmettre à leurs assurés l'ensemble des éléments justifiant leur refus de prise en charge. À défaut, ils ne pourront valablement refuser de délivrer leur garantie.