

Rapport du médiateur

des mutuelles du GEMA

2013

GEMA
ASSUREURS
MUTUALISTES

Sommaire

p.1 Le GEMA en bref

Panorama quantitatif 2013

p. 2 Nombre de saisines et d'avis

p. 9 Objet des saisines

p. 11 Nature et teneur des avis

Panorama qualitatif 2013

p.14 Questions générales

p.14 Incompétence du médiateur pour juger de la politique d'une société d'assurance

p.15 Incompétence *a posteriori* du médiateur

p.15 Déclaration du risque et questionnaire

p.16 Déchéance de garantie et étendue de la sanction

p.17 Devoir d'information et de conseil en phase contractuelle et en cours de contrat

p.19 «Vente» de produits d'assurance

p.19 Souscription, renonciation et modification du contrat d'assurance à distance

p. 21 Déclaration de sinistre tardive ou postérieure aux réparations effectuées

p. 21 Champ et validité de l'exclusion conventionnelle de garantie

p. 23 Modalités de la résiliation du contrat d'assurance à l'échéance

p. 24 Mandat pour résilier la police

p. 25 Questions spécifiques

p. 25 Assurance de choses et de responsabilité

p. 29 Assurance automobile

p. 33 Assurance de protection juridique

p. 39 Assurance de personnes

p. 43 Le mot de la fin

Annexes

p. 44 Protocole de la médiation

p. 45 Publications et adresses utiles

Le GEMA en bref

Le GEMA, syndicat professionnel des assureurs mutualistes

Créé en 1964 par la Maaf, la Macif, la Maif, la Matmut et la GMF, le GEMA représente les principales mutuelles d'assurance auprès des pouvoirs publics, des élus, des partenaires économiques et sociaux. Il se mobilise pour apporter une vision mutualiste aux problèmes économiques, juridiques et sociaux du marché de l'assurance. Ses prises de position reflètent ses valeurs fondatrices : la solidarité, la démocratie, la transparence.

Les assureurs mutualistes du GEMA sont de véritables pionniers en matière de médiation. Dès 1988, la Commission exécutive du GEMA a voté la création d'un service de médiation, indépendant et doté de moyens

humains et matériels à la hauteur de l'enjeu. Par ailleurs, la médiation du GEMA possède une spécificité qui lui donne tout son sens et toute sa force : l'avis du médiateur s'impose à la mutuelle. Ce mode de fonctionnement incarne parfaitement les valeurs de respect de l'assuré et de transparence qu'incarnent les assureurs mutualistes. La médiation du GEMA a une autre particularité : elle concerne uniquement les litiges opposant un particulier à sa mutuelle. Cette orientation est en parfaite cohérence avec la composition du sociétariat des mutuelles du GEMA. De plus, depuis 1991, le médiateur peut également statuer en équité et non pas seulement en droit.

Le GEMA, chiffres-clés 2013

+ ACTIVITÉ ASSURANCES DOMMAGES

- 20,5 MILLIONS DE SOCIÉTAIRES EN AUTO, MRH ET RC GÉNÉRALE
- 13,3 MILLIARDS D'EUROS DE COTISATIONS

+ ACTIVITÉ ASSURANCE VIE

- 4,6 MILLIONS D'ASSURÉS
- 8,8 MILLIARDS D'EUROS DE COTISATIONS

Panorama quantitatif 2013

Nombre de saisines et d'avis

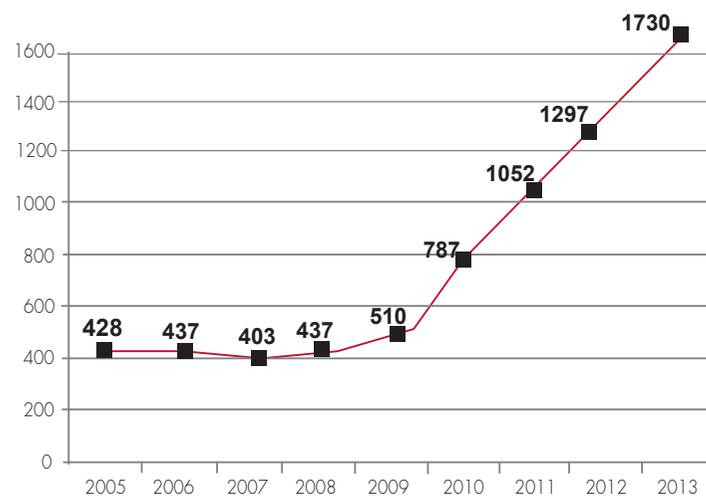
Pour cet exercice 2013, classiquement, le lecteur découvrira d'abord le panorama quantitatif, ensuite le panorama qualitatif.

Si les trois derniers rapports soulignaient déjà l'augmentation du nombre de saisines, l'exercice 2013 est une nette confirmation, avec une hausse particulièrement conséquente. Ainsi, le nombre total de saisines est en forte progression (1730 cette année, contre 1297 en 2012, 1052 en 2011, et 787 en 2010).

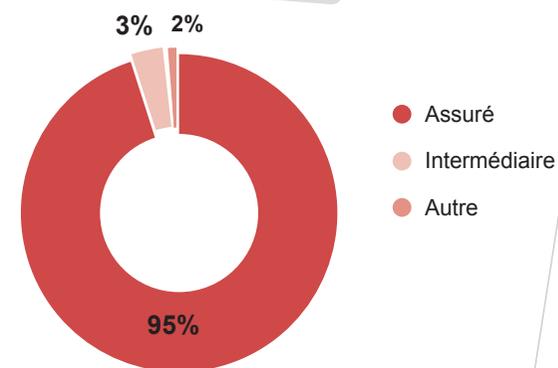
Cela correspond à une augmentation de **33%** par rapport à l'exercice précédent, ce qui est considérable à l'échelle de la médiation. L'augmentation a été plus forte que les années précédentes (entre 2011 et 2012, elle était de 23%).

Sans surprise, ce sont **95%** des saisines qui sont faites à l'initiative des assurés pour 2013 (contre 94% en 2012).

NOMBRE DE SAISINES DEPUIS 2005



ORIGINE DES SAISINES



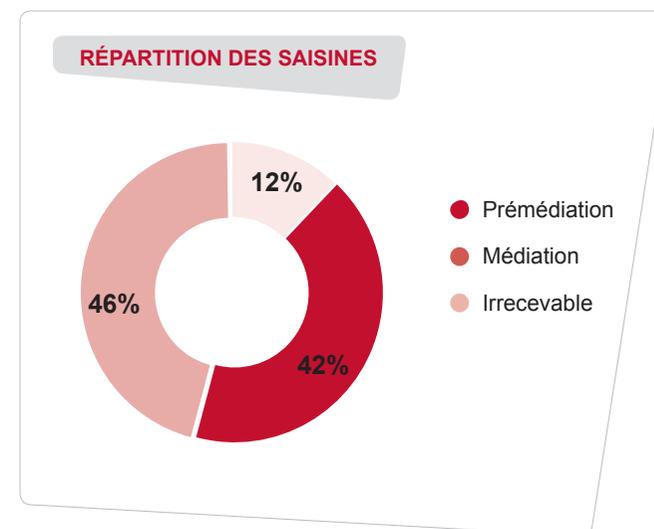
Panorama quantitatif 2013

Au sein de ces 1730 saisines, **727** dossiers ont été ouverts en *prémédiation* au cours de l'année 2013. On rappelle qu'il s'agit de l'ensemble des dossiers soumis au service de médiation du GEMA alors même que les voies de recours internes n'étaient pas encore épuisées auprès de l'assureur (552 en 2012, 475 en 2011, et 333 en 2010). Les dossiers sont toujours immédiatement réorientés par le service de médiation du GEMA vers les services internes compétents des mutuelles, étant précisé qu'à l'issue de cette procédure, demeure ouverte aux sociétaires, le cas échéant, la possibilité de revenir vers le médiateur du GEMA.

Le nombre de dossiers ainsi réorientés vers les assureurs, du fait d'une saisine prématurée du médiateur du GEMA, se situe cette année encore dans la moyenne relevée les années précédentes, soit **42%** (contre 43% l'année passée, 45% en 2011, et 42% en 2010). Parmi ces dossiers, seuls **34%** sont revenus ensuite vers le médiateur du GEMA (contre 37% en 2012, et 39% en 2011).

NOMBRE DE SAISINES PAR TYPE

	2009	2010	2011	2012	2013
Irrecevable	107	128	167	189	210
Prémédiation	189	333	475	552	727
Médiation	212	326	409	555	789
Arbitrage	2	0	1	1	4
Total général	510	787	1052	1297	1730



Panorama quantitatif 2013

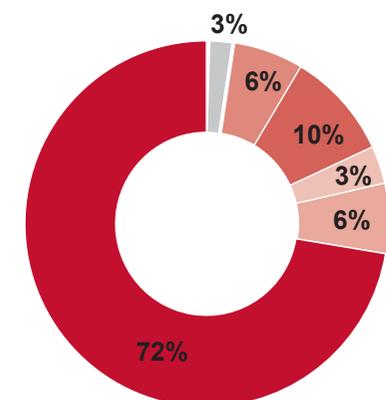
D'autres saisines concernent également des **dossiers irrecevables**, exclus du champ de compétence du médiateur du GEMA. En 2013, **210** dossiers ont été soumis au médiateur alors qu'ils n'étaient pas recevables, ce qui représente **12%** des saisines, soit une légère diminution en comparaison des années précédentes (15% en 2012, et 11% en 2011). Pour des questions techniques, il est à noter que ne sont pas encore compris les dossiers qui sont traités par courriels, et qui sont irrecevables (environ **122**).

Parmi les motifs d'irrecevabilité, au même titre que les années précédentes, le cas principal est celui où la **société d'assurance** avec laquelle l'assuré rencontre un litige n'est **pas adhérente** au protocole de médiation du GEMA. Cela concerne en effet **152** dossiers, soit **72%** du total (contre **129** dossiers, soit **68%**, en 2012). Ces assurés sont soumis à un autre dispositif de médiation que celui du GEMA, vers lequel ils sont dirigés.

La deuxième cause d'irrecevabilité est le cas où le demandeur est **tiers au contrat** d'assurance souscrit auprès d'une mutuelle (**20** dossiers, soit **10%** des irrecevabilités, à l'identique de l'année 2012), c'est-à-dire qu'il n'existe aucune relation contractuelle entre lui-même et la société avec laquelle il rencontre un litige. Or le médiateur a pour mission de veiller à la correcte application du contrat entre les cocontractants.

En pratique, il s'agit le plus souvent de l'hypothèse dans laquelle l'assuré rencontre un litige avec l'assureur adverse dans le cadre d'un recours.

MOTIF D'IRRECEVABILITÉ



- Soc. non adhérente au GEMA
- Demandeur tiers au contrat
- Contrôle motivation résiliation
- Risque professionnel
- Litige hors assurance
- Autre

Plus marginalement, le médiateur a également opposé l'irrecevabilité de la demande lorsqu'il a été saisi par des ayants droit souhaitant obtenir copie du contrat d'assurance-vie souscrit par un parent auprès d'une mutuelle, dans la perspective d'une contestation du bénéficiaire désigné, avec parfois des aspects successoraux en arrière-plan. Le médiateur n'a pas la fonction d'un notaire, et, surtout, le demandeur étant tiers au contrat d'assurance dont il souhaite communication, une irrecevabilité a été opposée.

Panorama quantitatif 2013

On sait que parmi les motifs d'irrecevabilité listés par le protocole de la médiation, le médiateur du GEMA ne contrôle pas **la motivation des résiliations** décidées par l'assureur (13 dossiers, soit 6%, contre 15 dossiers, 8%, en 2012). Il a toutefois été saisi de dossiers dans lesquels l'assuré contestait **les modalités** de la résiliation décidée par l'assureur, domaine dans lequel le médiateur est compétent, puisqu'il s'agit de vérifier la régularité de la mise en œuvre de cette prérogative, qui appartient tant à l'assuré qu'à l'assureur¹.

Pour le risque professionnel, également exclu, on a un chiffre équivalent de 13 dossiers, soit 6%, en 2013.

Pour l'exercice 2013, si le pourcentage des saisines donnant lieu à un dossier de médiation demeure relativement stable, avec une légère hausse, soit 46%, on atteint un vrai pic de 789 dossiers (contre 555 en 2012 d'où 43%, 409 en 2011, et 326 en 2010). Chacun peut comprendre que la charge de travail pour le service de médiation du GEMA et le médiateur s'est donc notablement alourdie !

Les dossiers traités en 2013, qui sont ceux dans lesquels un avis motivé a été rendu par le médiateur, sont au nombre de 596 (contre 444 en 2012, et 440 en 2011). Ce total comprend 173 dossiers ouverts en 2012, et 423 dossiers ouverts en 2013 (contre, respectivement, 81 et 363 en 2012). Pour faire face à cette situation, le médiateur a donc, cette année encore, repoussé les limites du nombre d'avis rendus.

Mais, on parvient là à un seuil qui interroge tant sur la nature de l'activité de médiation que sur son organisation.

Il convient aussi de signaler que le médiateur a été saisi en qualité d'arbitre au sens de l'article L. 127-4 du Code des assurances (pour l'opportunité d'un recours en protection juridique), à quatre reprises au cours de l'année écoulée (contre 1 seul en 2012 et 2011, et 2 en 2010)². Un arbitrage a été effectué en 2013 (les autres ont eu lieu début 2014).

Malgré ces augmentations flagrantes qui ont pu être constatées au cours de cet exercice 2013, il y a lieu de remettre ces chiffres dans leur contexte plus général pour ne pas subir un effet trompe-l'œil. Dans la multitude des contrats d'assurance en place et des gestions de sinistres, les dossiers soumis à la médiation restent, fort heureusement, en nombre, assez marginaux. La plupart des relations assurés assureurs ne donnent évidemment pas lieu à réclamation, et, faut-il le souligner, en cas de difficulté, le médiateur n'intervient que lorsque toutes les voies de recours internes ont été épuisées et n'ont pas permis de trouver une solution satisfaisante pour l'ensemble des parties.

Néanmoins, le volume des réclamations est incontestablement à la hausse pour 2013. On peut chercher à fournir une amorce d'explication. Déjà, il convient de souligner l'effort entrepris par les mutuelles du GEMA pour toujours faire mieux connaître le dispositif de médiation à leurs sociétaires.

Le médiateur l'a constaté, y compris pour des nouveaux adhérents au protocole - autre facteur de progression des dossiers -, notamment par les courriers qui expriment la fin de la procédure interne à la société, qui rappellent assez systématiquement la possibilité de saisir le médiateur du GEMA dont les coordonnées sont fournies (comme dans les polices). L'information sur l'existence de la médiation est capitale. Il ne s'agit toutefois pas du seul facteur à mettre en avant.

Alors que la voie judiciaire ne serait probablement pas empruntée, le recours au médiateur est privilégié pour des réclamations dont l'enjeu est parfois fort modique. Il est vrai que la médiation est un recours gratuit et relativement rapide.

Il y a fort à parier qu'en l'absence de dispositif de médiation, de telles réclamations ne verraient certainement pas le jour. C'est donc un avantage pour le consommateur d'assurance, que de disposer d'une voie accueillant sa demande, quel que soit son montant. Ainsi, le médiateur a traité plusieurs dossiers dans lesquels le montant de la contestation était objectivement peu élevé, inférieur à 100 € (une dizaine d'euros parfois). Par exemple, on peut évoquer le cas du refus de l'assuré de payer des frais de gestion et une cotisation complémentaire (après modification de contrat à sa demande), pour 60 €, ce qui a conduit à une résiliation pour non-paiement de la prime par l'assureur et, en écho, à la résiliation à l'échéance par l'assuré d'autres polices.

¹ V. *infra*, dans les questions générales, les modalités de la résiliation du contrat d'assurance. ² V. les questions particulières sur la protection juridique.

Panorama quantitatif 2013

Il est vrai que, dans certaines circonstances, la réclamation peut s'avérer de principe. A l'inverse, 48 avis ont été rendus lorsque la réclamation de l'assuré était supérieure ou égale à la somme de 10 000 €. Il demeure que les difficultés financières des assurés transparaissent dans certains dossiers et sont mises en avant par certains pour solliciter un geste, y compris au-delà de leurs droits contractuels.

Plusieurs litiges (en principal ou accessoirement) ont également été soumis au médiateur concernant la demande faite par l'assuré d'obtenir des dommages et intérêts du fait du préjudice qu'il prétendait avoir subi au regard de la qualité du traitement de son dossier. Les raisons avancées sont éminemment variables. Pour simple illustration, le médiateur a été saisi d'un dossier d'assistance pour une hospitalisation dans un pays d'Amérique latine, à la suite d'un transfert dans une clinique plus adaptée pour réaliser l'opération, pour lequel un préjudice moral était allégué. Dans un autre cas, pour des sinistres successifs sur une automobile (grêle, vandalisme...), l'assuré critiquait l'indemnité accordée et, subsidiairement, se prévalait d'un préjudice moral de 5 000 € pour une mauvaise gestion, souhaitant que le médiateur adopte des sanctions disciplinaires (ce qui n'est en rien dans sa compétence), somme supérieure au coût des réparations du véhicule.

Le médiateur du GEMA rappelle que selon les principes de la responsabilité civile, l'attribution éventuelle d'une indemnisation ne peut se faire que si trois conditions cumulatives sont réunies, à savoir l'existence d'une faute de la part de l'assureur, la preuve d'un préjudice subi par

l'assuré, et celle d'un lien direct de causalité entre les deux. A défaut de preuve de ces trois éléments, l'assuré ne saurait prétendre au versement de dommages et intérêts.

En réalité, il n'est pas rare qu'une telle demande exprime un mouvement d'humeur, lié souvent au refus de prise en charge d'un sinistre ou, du moins, d'une prise en charge jugée insuffisante. Il advient même que l'opiniâtreté de la forme et/ou du contenu de la réclamation trahisse une attitude jusqu'au-boutiste. La médiation apparaît, pour d'autres, comme une espèce d'exutoire...

À plusieurs reprises, en 2013, le médiateur a également été contraint de rappeler à des assurés, spécialement procéduriers pour certains, que le protocole applicable limitait la saisine du médiateur à deux litiges par an et par assuré. Si le nombre de litiges rencontrés est supérieur, pour l'exercice considéré, il appartient à l'assuré de choisir ceux qu'il entend soumettre à l'étude du médiateur (à l'exclusion des autres), ce qui lui est clairement signifié par le service de médiation du GEMA.

Il ne faut pas occulter que la saisine du médiateur peut être un biais afin de régler des différends sans aucun rapport avec le litige les opposant à leur assureur, qui n'est finalement qu'un prétexte. Il est ainsi arrivé que le médiateur se prononce dans le cadre d'un litige opposant apparemment un assuré à son assureur, mais qui dissimulait, en réalité, un conflit conjugal latent !

Panorama quantitatif 2013

Illustrons : Madame saisissait le médiateur du litige l'opposant à son assureur, car celui-ci avait accueilli la résiliation du contrat d'assurance de l'habitation principale (propriétaire occupant), faite par son époux souscripteur, à l'échéance annuelle de 2011. Il s'est avéré que ce logement avait été attribué par le juge, au cours de la procédure en divorce (ordonnance de non-conciliation), à Madame, ce pourquoi le mari avait décidé de procéder à la résiliation. Toutefois, l'un des époux ne peut pas résilier, sans le consentement de l'autre, le contrat d'assurance garantissant le logement familial.

Dans ces circonstances, l'assureur qui avait pris conscience de son erreur, avait alors indiqué qu'il procédait à une remise en jeu du contrat à effet rétroactif. Il procédait toutefois à une résiliation à échéance de l'année suivante (2012). Madame contestait cette nouvelle résiliation et souhaitait obtenir la mise en œuvre des garanties de son contrat pour un sinistre survenu dans son habitation. Elle saisissait le médiateur en ce sens. Monsieur, quant à lui, informé de la démarche de sa femme, saisissait à son tour le médiateur afin de contester la remise en jeu du contrat par l'assureur, à la suite de sa demande initiale de résiliation. Les dossiers ont été regroupés.

Si l'on insiste sur ce genre d'hypothèse, bien sûr très singulière, c'est pour souligner plus largement un mouvement qui, lui, n'est pas forcément isolé. Dans des temps difficiles, pour différentes raisons, tant économiques, que familiales, voire psychologiques, des réclamations expriment le désir de tel ou tel d'être pris en considération par autrui

plutôt qu'un réel problème de fond relatif au contrat d'assurance. On comprend que pour de telles affaires, tout en cherchant à apporter une réponse la plus personnalisée possible quant à la difficulté juridique sur laquelle se greffe le mécontentement, le médiateur ne peut apporter une « satisfaction » qui déborde assurément du cadre de sa mission. Le médiateur constate également que pour des dossiers qui portent sur une déchéance de garantie (fausse déclaration sur les circonstances du sinistre, sur les conséquences du sinistre, production de faux justificatifs...), où le comportement intentionnel est hors de doute, des assurés n'hésitent pas à tenter leur chance devant le médiateur, y compris en corrigeant une première version des faits, ou en sollicitant un geste pour une prise en charge, même partielle. C'est le revers d'une procédure gratuite qui n'expose l'assuré qu'à patienter le temps de l'avis. On comprend également que le taux de satisfaction du sociétaire soit davantage négatif, avec ce type de dossiers.

Par ailleurs, le médiateur a pu relever, parfois, qu'une réponse sur la prise de position de l'assureur insuffisamment motivée, bien que justifiée dans le principe, pouvait conduire à un conflit relationnel. Il a rappelé l'exigence qui consiste, pour la mutuelle, à expliquer clairement le ou les fondements de sa position, spécialement lorsqu'elle refuse d'accueillir la prétention de son assuré. En procédant ainsi, il apparaît au médiateur qu'on peut éviter que le malentendu ne s'installe et ne se transforme en réclamation.

En outre, des mutuelles qui jusque-là n'y étaient pas encore soumises,

ont décidé de choisir la médiation du GEMA, ce qui augmente mécaniquement le nombre de sociétaires concernés.

Il ne s'agit que de facteurs qui peuvent expliquer le nombre de saisines en hausse.

Cette augmentation du nombre de dossiers a également pour conséquence logique un allongement du délai de traitement, comme cela était à prévoir. Le rapport pour 2012 mettait l'accent sur cette donnée (page 5). Si, pour l'exercice 2012, le délai moyen de résolution était de 93 jours, il est de **128** jours pour l'année 2013 (contre 103 en 2011, et 145 en 2010). Il s'agit d'une moyenne.

Précisons que la médiation du GEMA ne comptabilise pas le délai à compter de la constitution complète du dossier, qui reste toujours à faire, en réunissant les pièces et positions de chacune des parties, mais à partir de la saisine valable du service de médiation du GEMA, antérieure à l'instruction. A ce propos, il faut ici simplement indiquer, pour l'horizon 2015, la transposition d'une directive⁴, en droit français, qui conduira le législateur à choisir un délai de traitement des réclamations des consommateurs, avec un point de départ déterminé.

Signalons - avec ce point de départ spécifique - que **73** dossiers ont été résolus dans un délai inférieur à trois mois, et que la plus grande partie intervient entre trois et cinq mois. Par ailleurs, en 2013, aucun dossier n'a été traité par un avis rendu au-delà du délai de six mois, comme

³ V. Civ. 2^e, 10 mars 2004, Bull. civ. II, n° 100, p. 85, pourvoi n° 02-20.275 - Civ. 1^{er}, 14 nov. 2006, Bull. civ. I, n° 482, p. 414, pourvoi n° 05-19.402. ⁴ V. *infra* le mot de la fin.

Panorama quantitatif 2013

le permet exceptionnellement le protocole, sous réserve d'une décision motivée du médiateur. Sans anticiper sur l'exercice 2014, il est certain que le nombre conséquent d'entrées de dossiers va conduire à dégrader la durée de traitement de chacun d'eux. Il s'agit d'un phénomène que les différents médiateurs en assurance ont pu relever, dès 2013.

Pour livrer une appréciation d'ensemble, on peut préciser que tous les efforts sont faits afin de réduire le délai pour émettre un avis. L'équipe du service de la médiation du GEMA a été renforcée et le médiateur remercie ses collaborateurs de leur investissement. Toutefois, il ne s'agit pas de gagner du temps pour le principe car l'essentiel reste bien d'examiner attentivement et sérieusement la réclamation d'un sociétaire afin de tenter de lui apporter la réponse justifiée la plus appropriée possible qu'il attend légitimement. Or, face à la forte recrudescence des dossiers, les efforts de tous ne sauraient occulter qu'en définitive le médiateur est une personne physique qui, structurellement, ne peut traiter qu'un certain nombre de dossiers par exercice.

C'est pourquoi, sachant que tout dispositif reste perfectible, le médiateur du GEMA voudrait attirer l'attention sur la nécessité de bien organiser toute la chaîne du traitement des réclamations, notamment au sein de chaque mutuelle concernée. En effet, nombre de réclamations a vocation à recevoir un traitement en interne.

L'intervention du médiateur du GEMA doit être conçue comme un ultime recours, certes toujours ouvert, mais exceptionnel. C'est avec cette dynamique collégiale que, en définitive, la médiation pourra continuer à être le service utile qu'elle est pour les sociétaires depuis un quart de siècle pour le GEMA.

Ce délai de traitement des dossiers n'inclut toutefois pas le délai de traitement des dossiers irrecevables, extrêmement rapide⁵. En effet, à réception d'une demande de médiation, à laquelle aucune suite ne pourra être donnée dans la mesure où elle n'entre pas dans le champ d'application du protocole de médiation, une réponse en ce sens est apportée à l'assuré, le jour même de la réception de sa lettre de saisine.

⁵ Il n'est évidemment pas compris dans la moyenne générale qui a été indiquée, qui ne vise que les avis rendus.

Panorama quantitatif 2013

Objet des saisines

Quant aux **domaines** sur lesquels le médiateur est saisi, l'observation est sans surprise, comme l'ont déjà souligné de précédents rapports. La majorité des différends survient en assurance automobile (337 dossiers, soit 43% ; contre 268 en 2012, 48%), et habitation (274 dossiers, soit 35% ; contre 163 en 2012, 29%), pour un total de 78% des affaires.

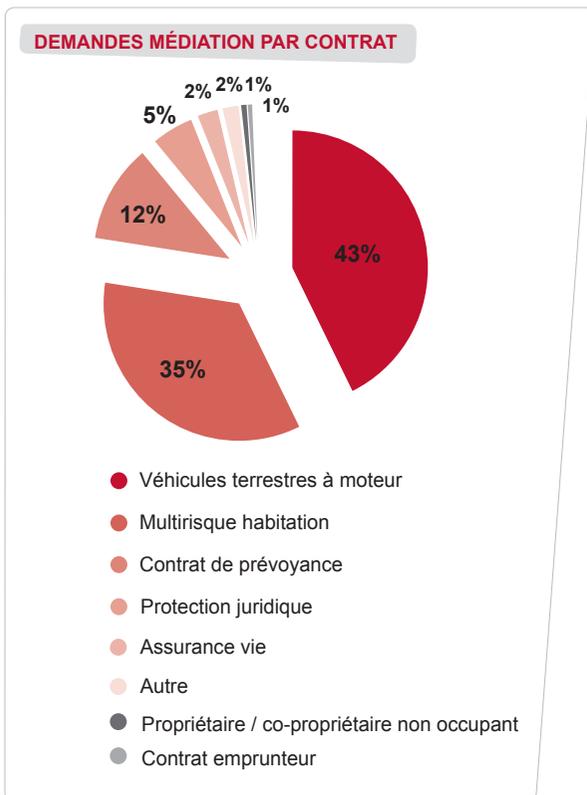
Ce chiffre demeure assez constant, même si une augmentation du nombre de dossiers en assurances de personnes (autour de 15%) a pu être enregistrée et est à relever, qui s'explique par la présence de nouvelles mutuelles soumises à la médiation du GEMA et par un développement de cette branche par les sociétés concernées.

Toutefois, le médiateur souligne qu'il a été confronté, dans deux dossiers, au refus du médecin-conseil de l'assureur de transmettre les pièces médicales de l'assuré (qui lui n'en disposait plus), malgré l'autorisation expresse de ce dernier de permettre au médiateur d'y accéder directement. Le médiateur a alors rappelé que c'est le patient, et lui seul, qui est protégé par le secret. En vertu du droit positif, la personne concernée peut renoncer à ce secret médical, dès lors que sa volonté est non équivoque.

À ce titre, lorsque le dossier soumis au médiateur comprend un certain nombre de documents médicaux, par nature soumis au *secret professionnel médical*, le service médiation du GEMA adresse systématiquement, avant toute ouverture de dossier, une demande d'autorisation de transmission des pièces médicales à l'assuré, libre d'y consentir ou pas. Ce n'est qu'à réception de ce document, dûment complété et signé, que le dossier peut être ouvert en vue d'un avis.

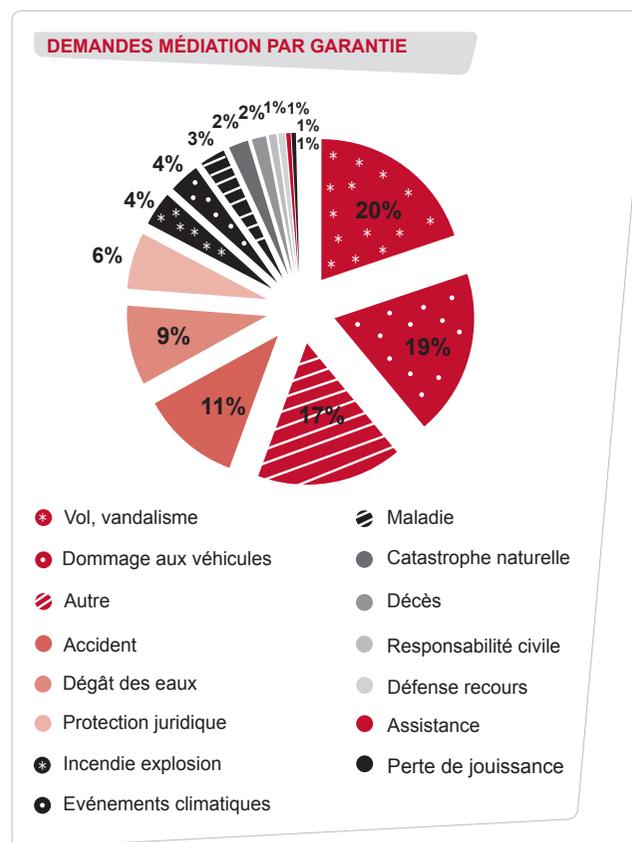
Or, la médiation du GEMA a mis en place une procédure d'autorisation de transmission des pièces médicales à remplir par l'assuré. Aussi, dès lors qu'il communique ce document, l'assuré renonce expressément au secret médical qui le protège, en faveur du médiateur du GEMA, et aucune raison ne s'oppose à la transmission des documents médicaux par le médecin-conseil. Pour pragmatiquement faciliter le règlement du dossier, le médiateur a pu suggérer que les pièces soient d'abord envoyées chez l'assuré, pour que celui-ci les communique ensuite au médiateur.

L'examen de ce genre de réclamation nécessite en effet de prendre connaissance de ces données de santé ; à défaut, insuffisamment éclairé sur les différents aspects de l'affaire, le médiateur ne pourrait que tirer les conséquences de cette situation et renvoyer les parties à mieux se pourvoir.



Panorama quantitatif 2013

Pour l'objet plus précis des litiges, on se reportera au tableau ci-contre qui permet de connaître le détail de la répartition. Dans cette diversité, on observera l'augmentation des litiges relatifs à la garantie vol/vandalisme (20% des saisines), légèrement supérieurs en nombre à ceux de la garantie dommages au véhicule (19% des saisines), par exemple.



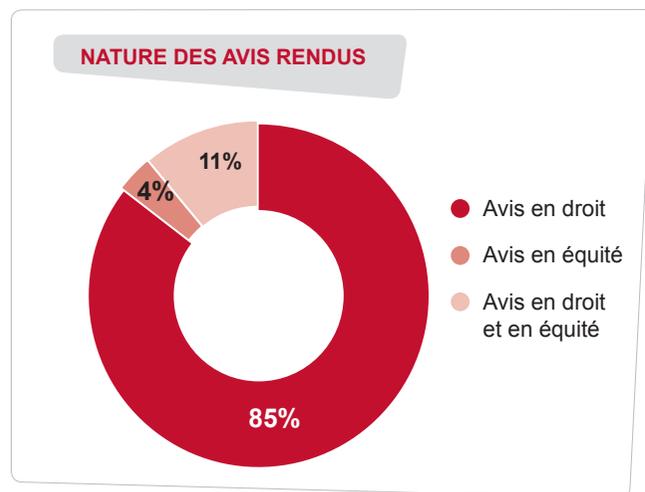
OBJET DE LITIGE DES SAISINES

	Nombre	%
Preuve (des dommages, des conditions de la garantie)	127	16%
Evaluation des dommages	107	14%
Contestation responsabilité	88	11%
Autre	82	10%
Déchéance de garantie	71	9%
Demande / contestation d'expertise	68	9%
Exclusion de garantie	55	7%
Obligation d'Information / devoir de Conseil	31	4%
Nullité-règle proportionnelle	22	3%
Cotisation	22	3%
Modalités de résiliation	20	3%
Invalidité / incapacité	14	2%
Notion d'accident / maladie / suicide	13	2%
Recours contre un tiers	12	2%
Rachat (contrat assurance-vie)	11	1%
Formation du contrat	10	1%
Modification du contrat	8	1%
Prescription	8	1%
Coefficient bonus-malus	7	1%
Procédure VEI	7	1%
Rélevé Information	4	1%
Franchise	2	N.S.
Total général	789	100%

Panorama quantitatif 2013

Nature et teneur des avis

Comme les années précédentes, la plupart des avis sont rendus en droit (509 dossiers, soit 85%, contre 86% en 2012, pour 381 dossiers). Par comparaison, 21 avis, soit 4% sont rendus en équité, et 11% des avis sont mixtes.



Il peut exister des issues différentes que celle d'un avis. Ainsi, le dossier ouvert initialement en médiation n'a pas donné lieu à un avis du médiateur, soit du fait d'un *abandon* de l'assuré en cours de processus (3 dossiers), soit du fait d'une *résolution amiable* entre le sociétaire et la mutuelle, avant même l'avis du médiateur (28 dossiers).

Il est en effet arrivé, au cours de l'exercice écoulé, que le dossier, bien qu'ouvert en médiation, soit repris par les services de gestion de l'assureur afin de trouver une issue favorable, en accord avec la demande de l'assuré. Cela explique aussi que, devant le médiateur du GEMA, le nombre de dossiers dans lesquels la demande de l'assuré est rejetée soit le plus important.

On rappellera simplement que la médiation du GEMA est en bout de ligne du processus d'examen des réclamations, qui ont été étudiées par différentes instances, si bien que ce résultat n'est guère surprenant.

Le fait que la plupart des demandes soient rejetées par le médiateur permet donc de constater l'existence d'un bon fonctionnement général au sein des mutuelles, tant par les services de gestion que par ceux de traitement interne des réclamations, qui font un règlement en amont, fréquemment conforme à l'application du droit positif. Il ne faut pas occulter que les mutuelles accordent des satisfactions aux réclamations soumises, voire des gestes commerciaux. Pour certains dossiers présentés au médiateur du GEMA, c'est parfois un simple complément qui est sollicité par rapport à ce que l'assureur a déjà octroyé en faveur de l'assuré.

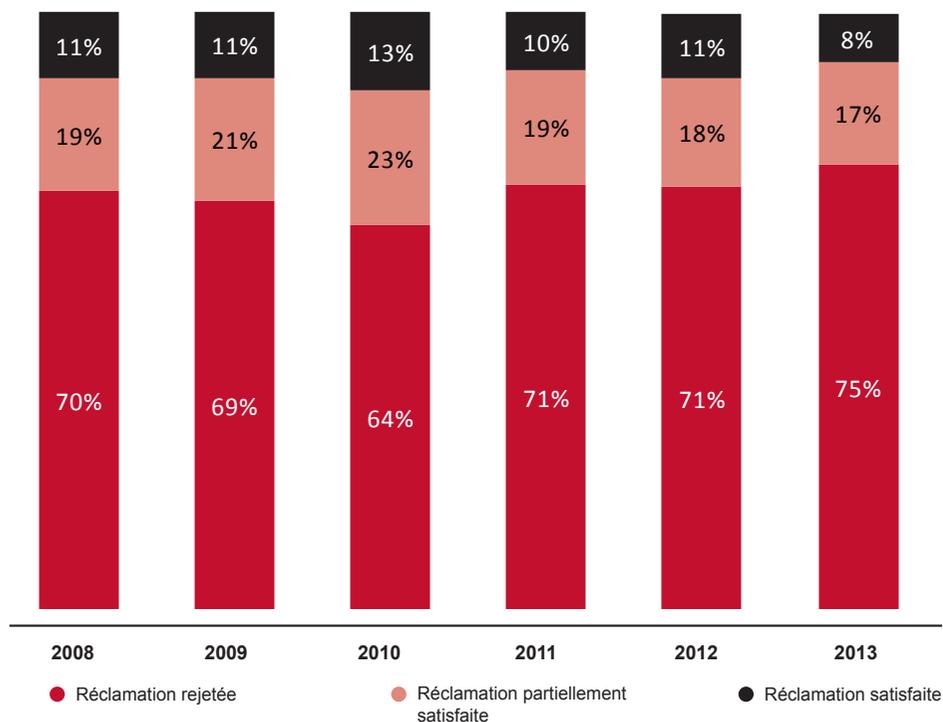
La possibilité de recourir à la médiation du GEMA ne peut qu'être une incitation supplémentaire pour expliciter et justifier les positions prises dans les affaires par les mutuelles.

Panorama quantitatif 2013

Pour les demandes parvenant au médiateur, celui-ci a confirmé, dans 75% des cas, la position des services internes. C'est une légère hausse par rapport aux années précédentes. Ainsi, pour l'exercice 2013, il a été donné une totale satisfaction à l'assuré dans 48 dossiers (8%), et une satisfaction partielle dans 101 dossiers (17%).

Ces dernières années, la satisfaction n'a jamais dépassé le tiers des avis rendus. Comme cela a été développé dans le rapport d'activité 2012 (page 8), la qualité de la médiation ne passe pas uniquement par des données quantitatives quant à la satisfaction donnée aux uns et aux autres. En effet, le soin apporté par le médiateur à la motivation des avis qu'il rend contribue en grande partie à la bonne marche de cette voie alternative de règlement des litiges qu'est la médiation.

RÉPARTITION DE LA SATISFACTION DES AVIS DEPUIS 2008



Panorama quantitatif 2013

Après l'avis que le médiateur prend soin de motiver du mieux possible, des assurés peuvent revenir vers lui. Cela a été le cas pour des *suites* au nombre approximatif de **177**. Certains de ces assurés ont souhaité remercier le médiateur de l'avis rendu en leur faveur, ou parfois même en leur défaveur, ce qui est plus rare mais permet de constater que des assurés sont tout de même satisfaits lorsqu'ils peuvent obtenir l'explication détaillée et individualisée qu'ils attendaient d'un tiers examinant leur litige avec un assureur.

Parmi ces suites, certaines sont toutefois nettement moins agréables, pour le moins. Il n'est nullement question d'en faire un inventaire mais il advient que des limites soient franchies (sans évoquer des cas marginaux d'acharnement). Si le médiateur en est le destinataire final, ses collaborateurs essuient parfois des comportements, au téléphone, que l'on peut juger comme étant tout à fait inacceptables.

Et c'est souvent à l'occasion de ces échanges après avis que le médiateur rappelle la *courtoisie* à laquelle chacun est tenu dans le cadre de la procédure de médiation proposée, qui n'empêche en rien de saisir la justice, faut-il y insister.

En effet, le médiateur n'a jamais encore refusé d'étudier un dossier pour cause de propos manifestement incorrects, ou injurieux, comme cela lui est possible. Il n'en a pas moins été contraint de faire face à des propos à la limite de la correction, voire davantage...

Dans le cas plus général des retours qui font suite à un avis rendu, auxquels il est toujours répondu, le médiateur indique qu'à défaut d'éléments nouveaux permettant de revoir la position prise, il convient de s'en tenir à l'avis rendu. Il rappelle alors de nouveau, ceci étant fait systématiquement dans l'avis déjà rendu, que l'assuré conserve la possibilité de saisir les tribunaux du litige, l'avis du médiateur ne s'imposant qu'à l'assureur, spécificité dans le cadre de la médiation du GEMA.

Pour l'exercice 2013, le médiateur n'a pas eu connaissance de dossiers ayant emprunté la voie judiciaire, après avis rejetant la réclamation de l'assuré ou ne l'accueillant que partiellement.

Panorama qualitatif 2013

QUESTIONS GÉNÉRALES

Il s'agit d'une sélection de difficultés qui ont pu surgir au cours de l'exercice ou qui peuvent se répéter au regard de signalements déjà opérés par de précédents rapports. Seront ainsi présentées des questions générales puis des questions spécifiques.

Incompétence du médiateur pour juger de la politique d'une société d'assurance

Cette année encore, dans diverses affaires, le médiateur a eu à rappeler qu'il n'avait pas compétence pour contrôler la politique commerciale d'un assureur.

Est à rapprocher la situation dans laquelle l'assuré demande au médiateur, à titre principal ou accessoire, un *geste* de la part de son assureur. Le médiateur répète qu'il n'appartient qu'à l'assureur de déterminer s'il souhaite procéder à un geste commercial, dérogoire au jeu normal du contrat d'assurance. En aucun cas le médiateur ne peut imposer un tel geste à la mutuelle.

Dans de tels dossiers, en général, le médiateur explique, dans un premier temps, pourquoi la garantie ne peut être déclenchée. Afin de solliciter ce geste exceptionnel, il est à noter que les assurés mettent souvent en avant leur ancienneté auprès de la société ou l'absence de sinistre dans la période antérieure.

Le médiateur a également eu à connaître d'un dossier dans lequel un assuré a déclaré avoir retrouvé son véhicule endommagé après l'avoir garé sur un parking de supermarché. Il a déclaré le sinistre à son assureur qui a mandaté un expert, lequel a constaté que les dommages étaient imputables à un sinistre en circulation et non à un choc contre un corps fixe. L'assureur a alors opposé la déchéance de garantie du fait de

la fausse déclaration intentionnelle sur les circonstances de l'accident. Par parenthèse, le médiateur connaît un certain nombre de dossiers de ce genre relatif à la déchéance de garantie.

L'assuré a admis sa fausse déclaration, a présenté des excuses et a fait valoir des difficultés financières. Dans ces circonstances, l'assureur a accepté, à titre commercial, de ne pas opposer la déchéance, et de mettre en œuvre la garantie. Il s'agissait d'un geste exceptionnel librement consenti par la mutuelle. Mais, l'assuré a changé d'attitude et manifesté son mécontentement quant au montant de l'indemnisation proposée. Face à ce revirement, la mutuelle a voulu opposer, à nouveau, la déchéance de garantie, et, partant, revenir sur le geste commercial effectué. Le médiateur a considéré que l'assureur avait librement accepté de faire ce geste commercial et qu'il ne disposait plus de la faculté de se rétracter. Il devait donc être fait application de la garantie, malgré l'attitude de l'assuré, car la mutuelle avait renoncé sans équivoque et en connaissance de cause à opposer la déchéance. Autre chose était la question indépendante du montant de l'indemnité à retenir.

Le médiateur n'a pas à se prononcer sur la politique commerciale des assureurs car son rôle essentiel est de vérifier la correcte application des contrats. Dans cette optique, le médiateur estime que la qualité de la réponse transmise au sociétaire, notamment lors d'un sinistre pour lequel une indemnisation est sollicitée, participe du service dû et attendu, et est un facteur permettant d'éviter un malentendu qui pourrait être la source d'une réclamation ultérieure.

Panorama qualitatif 2013

Aussi, il semble important au médiateur de souligner, au titre des bonnes pratiques, que lorsque l'assureur dénie sa garantie, non seulement il doit fournir à son assuré la motivation précise de sa position (clause ou/et disposition légale), mais qu'il doit se garder, pour prévenir toute contestation, de fournir une justification approximative, *a fortiori* erronée ou inadaptée aux circonstances. Celle-ci doit être claire, exacte et étayée.

Incompétence *a posteriori* du médiateur

Le médiateur a été confronté, de manière inédite, à une situation dans laquelle un dossier de médiation a été ouvert et traité, pour lequel un avis a été rendu, alors que le médiateur n'était pas compétent et que le dossier aurait dû être classé comme étant irrecevable.

Il s'agissait en effet d'un contrat d'assurance emprunteur comprenant une garantie perte d'emploi. L'assurée avait rempli une demande d'adhésion précisant qu'elle exerçait une profession de cadre. Elle a reçu une confirmation de son adhésion, ainsi qu'une note d'information. Quelques temps plus tard, elle a perdu son emploi et sollicité la mise en œuvre de sa garantie, qui lui a été refusée au motif qu'elle occupait un emploi dans la fonction publique, ne lui permettant pas de bénéficier de l'allocation Pôle emploi, conditionnant la mise en œuvre de la garantie.

L'assurée a mis en avant un défaut de conseil de l'assureur et le fait que la note d'information ne lui avait jamais été transmise.

Le médiateur a conforté la position de l'assurée en considérant que l'assureur n'avait pas satisfait à son obligation de renseignement.

Après que l'avis a été rendu, le médiateur a été destinataire d'un courrier d'un assureur Y qui estimait que l'avis ne lui était pas opposable, car il n'était pas adhérent au protocole de médiation du GEMA. Il était indiqué, sur le bulletin d'adhésion, à en-tête de la société d'assurance X, adhérente elle au GEMA, que la garantie emprunteur était bien assurée par la société X, mais que la perte d'emploi était assurée par la société Y, le tout étant commercialisé par l'intermédiaire Z. Il reste que, strictement, l'assureur Y, au titre de la garantie perte d'emploi, ne pouvait se voir opposer l'avis du médiateur, qui est une spécificité de la médiation du GEMA, faut-il le souligner.

Le médiateur est donc revenu vers l'assurée afin de lui expliquer cette subtilité. L'erreur a été collective dans ce dossier dans la mesure où, lorsque la société a réclamé les coordonnées du médiateur auprès de l'intermédiaire, ce sont celles du médiateur du GEMA qui lui ont été transmises. L'intéressée qui a reçu les explications du médiateur a été invitée à mieux se pourvoir.

Déclaration du risque et questionnaire⁶

Le médiateur a eu à connaître d'une affaire où l'assureur opposait, à la suite d'un sinistre grêle pour une habitation, la règle proportionnelle de l'article L. 113-9 du Code des assurances, pour réduire l'indemnité, qui suppose la bonne foi de l'assuré⁷.

⁶ V. infra, le questionnaire de santé en assurance emprunteur. Et, plus largement, rapport 2012, p.11.

⁷ V. sur la mise en œuvre de cette disposition, rapport 2012, p. 13.

Il s'agissait de la déclaration des dépendances. Le médiateur a souligné qu'il appartient à l'assureur de démontrer que les réponses apportées lors de la déclaration du risque (donc en phase précontractuelle) ne correspondent pas à la réalité. Pour ce faire, en cas de contestation, il y a lieu de produire le questionnaire et les réponses faites, critiquées comme étant contraires à la réalité constatée. En cas d'évolution du risque en cours de contrat, si les réponses données aux questions initiales ne sont plus adaptées, là aussi, l'assuré doit les corriger. Cela suppose une comparaison entre les réponses faites d'emblée et la situation ultérieure, là encore.

Or, en l'occurrence, le médiateur a relevé qu'on ne disposait que des conditions particulières, non signées par l'assurée qui les avait néanmoins transmises, pour apprécier le contenu des réponses aux questions, imputées à l'assurée. Or celle-ci soutenait clairement qu'aucune question ne lui avait été posée sur d'éventuelles dépendances. Indépendamment de la divergence de jurisprudence sur le support de la déclaration du risque qui existait alors⁸, le médiateur a constaté qu'il n'y avait pas trace, dans les pièces en sa possession, d'une telle interrogation, avec une réponse inadaptée. Pour la Cour de cassation, si la question n'a pas été posée, l'assuré est en droit de garder le silence. Dès lors, ne saurait être opposée la fausse déclaration du risque.

⁸ Tranchée depuis, Ch. mixte, 7 févr. 2014, Bull. CM, pourvoi n° 12-85.107 ; JCP 2014, 419, note M. Asselain ; Déclaration pré-rédigée des risques : deux voix pour un arrêt, RGDA 2014, p. 186, par J. Kullmann et L. Mayaux ; RCA 2014, n° 99, note H. Groutel et Dossier 6, par H. Groutel, L'intensité de l'aléa : sa représentation par l'assureur ; RDI 2014, p. 217, obs. P. Dessuet ; D. 2014, p. 1074, note A. Péliissier ; Gaz. Pal. 2014, n°s 117-119, p. 13, note D. Noguéro. V. infra.

Panorama qualitatif 2013

Déchéance de garantie et étendue de la sanction

La question des conditions de validité et de mise en œuvre d'une déchéance conventionnelle de garantie (V. le rapport 2012, p. 13) est classique. Est plus originale celle de la sanction à appliquer après le sinistre pour lequel la déchéance est opposée. Habituellement, le contrat prévoit que l'assuré est privé de tout droit à garantie pour le sinistre en cause.

Dans une affaire, l'assurée cherchait à limiter l'étendue de cet effet de la déchéance. Par parenthèse, le caractère intentionnel ne faisait pas de doute malgré la détresse émotionnelle avancée, avec la production d'un certificat médical, par suite du cambriolage de la maison découvert au retour de vacances. Le médiateur a aussi écarté l'argument selon lequel l'assurée aurait été « incitée » à fabriquer des factures fictives par suite de la demande de justification des bijoux déclarés volés. Pareillement, l'abus de faiblesse qui aurait été subi de la part du gestionnaire du dossier n'a pas été retenu, le médiateur rappelant surtout que cette infraction pénale nécessitait, le cas échéant, de saisir le juge seul compétent⁹.

Restait que le contrat prévoyait en caractères très apparents que l'assureur ne prenait pas en charge le sinistre lorsque l'assuré, de mauvaise foi, employait sciemment comme justification des moyens frauduleux ou des documents inexacts. Tel était bien le cas en l'espèce. En définitive, face aux preuves assez accablantes, l'assurée ne contestait pas tant l'application de la déchéance que l'étendue de ses conséquences ; en bref, sa portée.

Elle critiquait le fait que cette déchéance puisse concerner tous les dommages consécutifs au sinistre, et non les seuls bijoux, là où elle aurait dû se cantonner, selon elle.

Rappelant les termes explicites des conditions générales, le médiateur a précisé que la déchéance a pour effet de priver l'assuré de toute indemnité pour le sinistre en cause. Ce n'est donc pas une réduction partielle de cette indemnité. Il en va ainsi pour la production de faux documents justificatifs¹⁰. En définitive, la clause de déchéance a un caractère indivisible de sorte qu'elle affecte la totalité de l'indemnité réclamée pour le sinistre¹¹. La fraude dévoilée constitue le préjudice de l'assureur¹². Par conséquent, pour le médiateur, la perte du droit à garantie ne saurait se limiter au montant des factures frauduleuses de bijoux mais doit s'étendre à l'ensemble des dommages provoqués par le sinistre vol au cours duquel la fausse déclaration a été faite et prouvée.

Pour en aller autrement, avec une telle rédaction de la police, il aurait fallu que l'assureur, en connaissance de cause, renonce de façon non équivoque à appliquer la déchéance ou à la faire jouer pour partie, ce qui n'était pas l'hypothèse. L'assureur était en droit de solliciter le remboursement de la provision qui avait été versée avant de savoir que les factures produites étaient fictives.

¹⁰ Ex. Civ. 1re, 8 nov. 1989, pourvoi inédit n° 88-10.050 - Civ. 2e, 12 mars 2009, pourvoi inédit n° 08-14.439. ¹¹ Ex. Civ. 1re, 13 nov. 1991, pourvoi inédit n° 89-20.766.

¹² Civ. 1re, 28 nov. 2001, pourvoi inédit n° 00-15.444.

⁹ Ce rappel est systématiquement fait dans les dossiers où le médiateur a pu être confronté à cette affirmation.

Panorama qualitatif 2013

Le médiateur a ajouté que si le but de la déchéance est de ne pas verser une indemnité injustifiée au regard du principe indemnitaire, l'information sur cette sanction, qui figure dans la police, a également une vertu dissuasive.

En effet, à suivre le raisonnement proposé par la sociétaire, l'assuré qui aurait triché sciemment, et qui serait confondu, n'encourrait finalement aucune sanction puisqu'il pourrait prétendre, néanmoins, à la prise en charge du sinistre effectivement subi. Pour le médiateur, ce serait encourager la fraude, ce qu'a justement pour objectif de contrecarrer une clause de déchéance afin de préserver les intérêts de la mutualité des assurés.

Devoir d'information et de conseil en phase précontractuelle et en cours de contrat

Cette année encore, le médiateur a été confronté, à de nombreuses reprises, aux assurés faisant valoir le défaut d'information ou de conseil de leur assureur.

Il s'agit fréquemment, mais non exclusivement, de cas dans lesquels l'assuré sait que la garantie ne peut jouer (non souscrite ; ses conditions non réunies ; limitée) mais fait valoir le défaut d'information ou de conseil de l'assureur. Le sort de la demande est variable suivant les circonstances d'espèce.

Ainsi, dans un dossier qui lui a été soumis, le médiateur a pu constater que l'assuré n'avait nullement souscrit à l'*option* « piscine », de telle sorte que cette garantie n'était aucunement incluse dans son contrat. Ce point n'était pas contesté par le sociétaire qui a invoqué un manquement de l'intermédiaire (la banque) qui n'avait pas intégré l'option « piscine » au contrat habitation lors de l'établissement du crédit pour la construction de la piscine. Le médiateur a donc conclu au défaut de conseil de l'assureur, entraînant pour l'assuré une perte de chance de souscrire l'option, qu'il a évaluée à 85% de l'estimation des dommages faite par l'expert. L'assuré a, en définitive, accepté cette proposition.

Dans un autre dossier, le médiateur a également conclu au défaut de conseil de l'assureur qui n'avait pas proposé à son assuré l'*option* « bagages » alors que, depuis la souscription de son contrat automobile, ce dernier n'avait cessé de monter de gamme, jusqu'à souscrire à pratiquement toutes les options, et que cette option « bagages » lui aurait permis de s'assurer contre le vol des bagages dans son véhicule, pour une cotisation annuelle supplémentaire de 3 €. Le médiateur a donc évalué la perte de chance de l'assuré à 80%.

De manière générale, y compris lorsque le défaut de conseil n'est pas avéré, le médiateur s'applique à préciser à l'assuré que même en cas de constatation d'un défaut de conseil, dans de telles circonstances, cela ne saurait lui permettre d'obtenir une indemnisation du montant des dommages subis. En effet, le préjudice engendré ne saurait être évalué que sous forme d'une perte de chance, même si celle-ci peut être élevée.

Il demeure que d'autres circonstances peuvent nuancer l'affirmation. Ainsi, dans un cas, la sociétaire était titulaire de différents contrats la couvrant ainsi que son conjoint et sa fille. A l'occasion de son déménagement suite à son divorce, en 2006, elle a résilié le contrat habitation pour son ancienne résidence principale, et a informé la mutuelle des changements relatifs à sa *situation familiale*. Plus tard, en 2013, lors d'une révision de ses contrats par téléphone, la sociétaire a appris que son ex-conjoint figurait toujours dans un de ses contrats. Étonnée, elle a procédé à une modification immédiate et sollicité, à partir de cette connaissance de la situation en 2006, le remboursement des cotisations versées. L'assureur a dit accepter, à titre commercial, de procéder au remboursement de ces cotisations sur les deux dernières années seulement.

Le médiateur a estimé qu'il fallait prendre en compte la demande depuis 2006, soit la somme de 137,60 €. A l'argument selon lequel l'assureur ne pouvait procéder à une modification unilatérale du contrat, le médiateur a répondu que la question était plutôt à envisager sur le terrain du devoir de conseil, dû en cours de contrat, et qui conduit à adapter les polices à la situation personnelle des assurés.

Ce devoir de conseil existait assurément car l'assurée avait bien déclaré son changement de situation familiale. Elle avait sollicité la résiliation de son contrat habitation. Mais, auprès de la mutuelle, elle disposait d'une autre police. Il incombait donc à l'assureur d'indiquer à la sociétaire que ce changement de situation pouvait entraîner des modifications, aussi, sur son autre contrat.

Panorama qualitatif 2013

En l'absence de ce manquement, il est certain que l'assurée aurait accepté de verser des cotisations moins élevées à partir de la déclaration de son changement de situation, comme cela a été le cas dès qu'elle a découvert le problème.

Dans le prolongement du défaut d'information et de conseil, s'est également posée au médiateur une difficulté supplémentaire au cours de l'exercice écoulé. Il a pu constater que cette question était régulièrement soulevée en ce qui concerne les assurances prévoyance ou emprunteur, dans lesquels l'intervention d'un *intermédiaire* lors de la souscription est pratiquement systématique.

Ainsi, le médiateur a eu à connaître d'un dossier, pour une *assurance emprunteur*, dans lequel une nullité pour fausse déclaration intentionnelle du risque (art. L. 113-8 C. assur.), dans le questionnaire de santé, avait été opposée par l'assureur à la veuve de l'assuré, qui sollicitait la mise en œuvre de la garantie décès. La veuve avait contesté la nullité opposée, décrivant les circonstances de la souscription du contrat auprès du conseiller bancaire, intermédiaire, qui n'ignorait rien de l'état de santé de son époux.

Le médiateur en a profité pour rappeler la divergence jurisprudentielle entre la deuxième chambre civile et la chambre criminelle de la Cour de cassation, déjà explicitée dans le rapport d'activité 2012, qui a été tranchée depuis, en 2014, par un arrêt de chambre mixte¹³.

À la suite de cet avis, l'assureur est revenu vers le médiateur, en faisant valoir que ne pouvait lui être opposée la connaissance lors de l'adhésion, de l'état de santé par le banquier intermédiaire, agissant en qualité de courtier d'assurance, afin d'écartier la nullité. Le médiateur a adressé une nouvelle réponse. Il a précisé que le banquier, du même groupe que l'assureur, distribuait exclusivement des produits de l'assureur. Or, la jurisprudence, retient que le courtier, en principe mandataire de l'assuré, peut également être mandataire de l'assureur et détenir cette double casquette¹⁴. En outre, même à admettre le défaut de mandat réel, demeure la théorie du mandat apparent. Les conditions étaient réunies en l'espèce, pour le médiateur, pour décider que, juridiquement, l'assureur avait connaissance de l'état de santé, par le biais du banquier (art. L. 511-1, III, C. assur.).

Plus largement, il convient de préciser que pour exercer l'activité de courtier, il faut notamment que n'existe aucune exclusivité contractuelle avec l'assureur, outre une analyse variable d'un nombre suffisant de contrats sur le marché auprès de différents assureurs selon que l'on est courtier b ou c (art. L. 520-1, II, 1^o, a) et b), C. assur.). Même à supposer un intermédiaire officiellement courtier, les caractéristiques de la mission (interroger directement le candidat à l'assurance sur le risque), peuvent selon l'espèce considérée relever d'un mandat de cet intermédiaire, alors mandataire de l'assureur, quel que soit le statut choisi à l'ORIAS. Les juges se fient surtout à la mission concrètement exercée.

Le médiateur a pu rappeler, à d'autres reprises, que l'assureur ne pouvait échapper à sa responsabilité en cas de défaut d'information ou

¹³ Ch. mixte, 7 févr. 2014, préc..

¹⁴ Civ. 1re, 22 oct. 1996, Bull. civ. I, n° 358, p. 251, pourvoi n° 94-15.613.

Panorama qualitatif 2013

de conseil sous prétexte que la souscription ou l'adhésion a été faite auprès d'un intermédiaire bancaire, de surcroît du même groupe de bancassurance. Il importe peu, en un tel cas, que les sociétés soient des entités juridiques distinctes.

Plus largement, autre spécificité protectrice de l'assuré résultant du protocole de la médiation du GEMA, les mutuelles qui y adhèrent se sont engagées à exécuter les avis du médiateur, quel que soit le mode de distribution de leurs produits, y compris par le biais d'un intermédiaire quelconque donc.

« Vente » de produits d'assurance

Il a également été relevé un certain nombre de dossiers impliquant un groupe de bancassurance au sujet d'une pratique qui peut laisser a priori assez circonspect. Ces dossiers ont fait l'objet d'une saisine du médiateur, au cours de l'année 2013, mais ont trouvé une issue amiable avant d'être présentés concrètement au médiateur, par suite de la transmission de la demande par le service de médiation du GEMA à un service interne de traitement des réclamations.

Voilà la situation : un client d'une banque, à l'occasion d'un entretien avec son conseiller bancaire, en 2012, s'aperçoit qu'il dispose d'un contrat garantie des accidents de la vie (GAV) auquel il n'a pas souvenir d'avoir souscrit. Deux possibilités : ou, effectivement le client n'a jamais consenti à ce contrat (ce qui serait fortement critiquable) ; ou s'il l'a fait, preuve n'en a pas été conservée, ce qui est regrettable en

présence de la contestation. En fait, le conseiller ne peut lui présenter ce contrat qu'il aurait souscrit en 2003. Le client décide alors d'écrire aux services concernés afin d'obtenir le remboursement des cotisations indûment versées, selon lui. Un remboursement lui est effectivement adressé mais uniquement sur les deux dernières années, la prescription biennale lui étant opposée pour les cotisations antérieures. La société indique toutefois n'avoir pu trouver aucune trace de ce contrat.

Le client sollicite donc le médiateur du GEMA afin d'obtenir le remboursement de l'ensemble des cotisations versées au titre de ce contrat qu'il affirme n'avoir pas souscrit. Lorsque copie de la demande est adressée aux services internes de réclamation par le service médiation du GEMA, il est accepté de faire droit à la demande de l'assuré compte tenu des circonstances non conformes de souscription du contrat. Du fait de sa résolution amiable, le dossier n'est donc pas soumis au médiateur du GEMA pour avis, mais a connu une issue favorable à l'assuré.

Plus largement, on se bornera donc à rappeler qu'un contrat nécessite l'accord certain des parties, sans même évoquer les pratiques appréhendées par le droit de la consommation, par exemple au titre de la vente forcée.

Souscription, renonciation et modification du contrat d'assurance à distance

Du fait du développement du contrat d'assurance à distance, le médiateur a eu à connaître, au cours de l'exercice 2013, de dossiers relatifs à des litiges nés par suite d'une souscription de ce contrat, ou de sa modification. Il peut s'agir d'une souscription ou d'une modification en ligne ou par téléphone. En lien, il y a le droit de renonciation.

Dans une affaire, le sociétaire souscrit un contrat automobile par téléphone. Le lendemain, il adresse à l'assureur une lettre recommandée avec accusé de réception indiquant qu'il souhaite se rétracter, demande à laquelle l'assureur, qui a immédiatement envoyé des documents (dont la facture), refuse d'accéder. La mutuelle adresse à l'assuré une lettre recommandée du fait du non-paiement de la cotisation. La procédure lancée de recouvrement est suspendue le temps de la médiation. L'assuré souhaite que sa demande de renonciation soit prise en compte.

Le médiateur a alors expliqué que lors de la souscription du contrat d'assurance par téléphone, ce sont des règles spécifiques qui s'appliquent, et notamment l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, d'ordre public¹⁵. Le droit de renonciation permet à l'assuré de se rétracter dans un délai de 14 jours pour l'assurance non vie, de 30 jours pour l'assurance vie. Toutefois, l'article L. 112-2-1, II, 3^o (dans sa version alors applicable) qui trace le domaine du droit de renonciation, prévoit que cette prérogative ne s'applique pas aux contrats mentionnés à l'article L. 211-1 du Code des assurances, sans précision autre.

¹⁵ Encore, art. R. 112-4 C. assur..

Panorama qualitatif 2013

Ce texte vise l'assurance obligatoire de responsabilité pour les véhicules terrestres à moteur.

Cela résulte d'un choix du législateur français dans le cadre de la transposition faite d'une directive européenne qui, elle, ne prévoyait pas d'exclusion du droit de renonciation pour le contrat automobile. L'hésitation était permise face à un tel renvoi de l'article L. 112-2-1 pour délimiter le champ d'application du droit de rétractation. La disposition est d'ordre public (faut-il le souligner). L'interrogation persistait donc même si le contrat stipulait que le droit de renonciation n'était pas ouvert pour l'assurance automobile.

On pouvait retenir que le renvoi légal cherche surtout à viser l'assurance automobile. Alors le droit de renonciation serait refusé pour tout contrat auto, sans distinction selon telle ou telle garantie. A l'inverse, même si cela peut paraître peu praticable, en fait, et si l'esprit du droit de renonciation est de sortir d'un contrat, pas d'y demeurer en partie, il pourrait peut-être y avoir, à la lettre, une application distributive de la loi, en ne permettant pas la renonciation concernant l'assurance RC obligatoire (qui est seule visée par l'article L. 211-1), mais en l'autorisant pour les autres garanties facultatives du contrat automobile. Il n'existait toutefois aucune jurisprudence qui se soit prononcée explicitement sur cette question¹⁶, à la connaissance du médiateur. Le médiateur a ajouté, à titre de précision, que ce régime ne concernait qu'une personne physique pour les besoins de sa vie privée, mais qu'il en allait autrement en cas de garantie parallèle qui concerne l'activité professionnelle.

Dans ce dossier où la solution ne s'imposait pas d'évidence, face à l'incertitude du droit positif, le médiateur a tenu compte du contexte de l'espèce et, en construisant la solution la plus équilibrée, dans son opinion, a préféré s'attacher à une logique distributive. Il a proposé à l'assuré de verser à la mutuelle 30% du montant de sa créance.

Le médiateur a également été confronté à une problématique similaire de modification du contrat d'assurance par téléphone, ayant ultérieurement engendré un litige. Il s'agit d'une affaire dans laquelle un assuré est victime d'un vol avec agression à son domicile, au cours duquel des bijoux lui sont dérobés. Lorsqu'il sollicite l'intervention de son assureur, ce dernier lui indique qu'il ne pourra prétendre au versement d'une indemnisation au-delà du plafond de garantie existant. L'assuré conteste ce plafond, en faisant valoir le défaut de conseil de l'assureur au moment de la modification de son contrat par téléphone.

Le médiateur indique alors que dans le cas d'une souscription ou d'une modification du contrat par téléphone, il ne lui est pas possible de vérifier les dires de chaque partie. Il ne peut donc s'appuyer que sur les éléments objectifs fournis au dossier. Dans le cas présent, en tenant compte de la spécificité du mode de communication, l'assuré ayant bien été destinataire des conditions particulières de son contrat (bien avant le sinistre), le médiateur a indiqué qu'il lui appartenait de vérifier l'éventuelle discordance entre les éléments déclarés par téléphone et ceux portés sur les documents contractuels.

¹⁶ Depuis, mais sur la question de l'exécution intégrale du contrat, empêchant la renonciation, Civ. 2e, 17 janv. 2013, 2 arrêts, Bull. civ. II, n° 6, pourvois n° 11-20.155 et n° 11-28.928 ; JCP 2013, 261, note L. Grynbaum ; RCA 2013, n° 133, note F. Leduc ; Gaz. Pal. 26-27 avr. 2013, n°s 116-117, p. 21, note B. Cerveau.

Panorama qualitatif 2013

Déclaration de sinistre tardive ou postérieure aux réparations effectuées

L'année 2013 a également été l'occasion, pour le médiateur, de rappeler des principes bien ancrés dans le droit positif, notamment pour la déclaration tardive du sinistre (art. L. 113-2 C. assur.).

Ainsi, à l'occasion du taillage de la haie mitoyenne le séparant de son voisin, en 2012, l'assuré a constaté que le mur de sa maison présentait des fissures. Il a fait valoir auprès de son assureur un arrêté de catastrophes naturelles (Cat Nat) pour un épisode de sécheresse et de réhydratation des sols, pris pour sa commune en janvier 2005, afin de solliciter la mise en œuvre des garanties de son contrat. L'assureur a refusé immédiatement de faire droit à sa demande, rappelant l'obligation contractuelle de l'assuré de déclarer le sinistre dans les dix jours suivant la publication de l'arrêté de Cat Nat, d'une part, et en opposant la prescription biennale¹⁷, d'autre part.

Le médiateur a rappelé, pour la déclaration tardive ici opposée, que le délai ne peut commencer à courir qu'à compter du moment où l'assuré a eu connaissance des dommages (l'ignorance étant une excuse légitime en l'occurrence), solution également applicable pour le point de départ de la prescription biennale. Il a encore ajouté que la loi exige que la déclaration tardive ait causé un préjudice à l'assureur, dont la preuve n'était pas rapportée, à ses yeux, en l'espèce. Le médiateur a précisé qu'il convenait de respecter les conditions de la garantie pour y prétendre, si bien que l'expertise était ici nécessaire.

S'est également présenté, à plusieurs reprises, le cas dans lequel l'assuré a engagé un certain nombre de frais afin de procéder aux réparations des dommages qu'il affirme avoir subis, alors que le sinistre n'a pas encore été déclaré à son assureur (donc sans autorisation de celui-ci et hors de toute urgence). Puis, il sollicite la prise en charge des frais engagés, au titre des garanties de son contrat et se heurte régulièrement à un refus de son assureur. Celui-ci peut mettre en avant, notamment, les termes du contrat sur le constat des dommages, ou la matérialité du sinistre, ou l'imputabilité (partielle ou totale) des dommages au sinistre en cause. Il en va d'autant plus ainsi, qu'à titre conservatoire, aucune mesure n'a été prise pour constater l'existence et/ou l'étendue des désordres avant de réaliser les réparations qui effacent tout.

Le médiateur a insisté, dans ces cas, sur le principe posé par la Cour de cassation, selon lequel lorsque l'évaluation du préjudice de l'assuré a été rendue impossible du fait de celui-ci, qui n'avait pas respecté la procédure d'estimation du dommage imposée par le contrat d'assurance, il n'y a pas lieu à indemnisation puisqu'il appartient à l'assuré de sauvegarder ses droits, en faisant opérer les constatations utiles¹⁸. Plus largement, il appartient à l'assuré de démontrer la réunion des conditions de sa garantie, comme la réalité du dommage dont il sollicite la prise en charge.

Il demeure qu'en fonction des éléments de preuve disponibles, l'assureur peut exceptionnellement accepter de prendre partiellement en charge la facture. Toutefois, le médiateur souhaite attirer l'attention sur la nécessité de vite déclarer le sinistre à son assureur et d'adopter toutes les précautions utiles afin de préserver ses droits. L'attestation de l'artisan qui a réalisé les travaux, en sus de sa facture, est loin d'être une donnée décisive pour savoir ce qui s'est réellement passé.

Champ et validité de l'exclusion conventionnelle de garantie

Cette année encore, le médiateur a eu à connaître de nombreux litiges relatifs au non-respect des mesures de prévention prévues par les stipulations contractuelles. Selon la rédaction de la police, ces clauses peuvent avoir pour conséquence, en cas de non-respect, d'ôter à l'assuré, totalement ou partiellement, tout droit à garantie.

Ainsi, l'assureur a pu refuser d'intervenir par suite d'un cambriolage au cours d'une courte absence de l'assuré, lorsque la clause précisait, en caractères très apparents : « *pendant la nuit ou une absence plus prolongée vous devez utiliser tous les moyens de fermeture (volets, persiennes), verrouiller vos portes et mettre en fonction tout système de protection électronique dont vous disposez.* »

¹⁷ Sauf interruption ou impossibilité absolue d'agir, on retient habituellement la date de l'arrêté de Cat Nat pour le point de départ de la prescription. Comp. Civ 1re, 15 déc. 1993, Bull. civ. I, n° 364, p. 254, pourvoi n° 91-20.800. L'art. L. 114-1 C. assur. dispose que le délai ne court, en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

¹⁸ Civ. 1re, 22 oct. 1996, Bull. civ. I, n° 358, p. 251, pourvoi n° 94-15.613.

Panorama qualitatif 2013

L'inobservation de ces mesures de sécurité ayant permis ou facilité la réalisation du vol entraînerait une absence de garantie (sauf cas fortuit ou de force majeure) ». En cas d'inobservation de ces mesures de prévention, la garantie n'était donc pas due. Dans le dossier en cause, les voleurs avaient forcé une porte-fenêtre dont le volet n'était pas fermé.

Le médiateur a considéré, tout d'abord, que le comportement de l'assuré n'aurait pas dans le champ de l'exclusion dans la mesure où il ne s'était pas absenté durant la nuit (entre 19h30 et 22h, selon la déclaration). Ensuite, le médiateur a relevé l'ambiguïté de cette clause du fait de l'expression « pendant la nuit » qui pouvait être sujette à interprétation, selon lui (moments précis de début et de fin de nuit), notamment en fonction des saisons. Le médiateur a relevé que la nouvelle version de la police visait désormais la période entre 22h et 6h du matin, espèce de « nuit officielle » bornée par l'accord contractuel (inattaquable sur le terrain de l'interprétation). Le médiateur a donc rappelé que la jurisprudence était très claire sur ce sujet, et qu'en cas d'interprétation possible, l'exclusion ne pouvait pas être opposée aux assurés.

Lorsque l'interprétation s'impose vraiment, l'exclusion conventionnelle ne saurait être qualifiée de formelle et limitée.

Le médiateur a également eu à rappeler les exigences légales et jurisprudentielles de fond (art. L. 113-1 C. assur.) et de forme (art. L. 112-4 C. assur.) relatives aux exclusions de garanties, à propos desquelles les juges sont particulièrement vigilants.

Le médiateur a ainsi considéré que la clause d'exclusion selon laquelle

ne sont pas garantis les dommages qui résultent « d'un manque de précautions normales pour la région où se trouve le bien sinistré », dans le cadre d'un dégât des eaux, ne constitue pas une clause formelle et limitée. N'est pas davantage formelle et limitée, aux yeux du médiateur, la clause d'exclusion relative à la non-réalisation des « réparations indispensables », sans précision autre, toujours dans le cadre d'un dégât des eaux. Il faut que la clause soit rédigée de façon à permettre à l'assuré de connaître exactement l'étendue de la garantie convenue. Le médiateur a eu l'occasion de souligner la sévérité d'appréciation de la Cour de cassation en ce domaine, protectrice des intérêts des assurés.

À ce propos, dans son rapport d'activité 2012 (page 19), le médiateur avait indiqué avoir avisé les mutuelles du GEMA, par une note, d'une évolution jurisprudentielle s'agissant des clauses d'exclusion de garantie visant le défaut d'entretien. En effet, la Haute Cour avait jugé que la clause d'exclusion de garantie visant le défaut d'entretien ou de réparations de l'assuré, sans autre précision, n'était pas formelle et limitée au sens de l'article L. 113-1 du Code des assurances¹⁹.

Pour une affaire isolée, néanmoins, le médiateur a été fort surpris de constater que malgré sa note et le rapport annuel reprenant la jurisprudence de la Cour de cassation, une clause similaire à celle condamnée avait été opposée à l'assuré par suite d'un dégât des eaux. Satisfaction a été donnée au sociétaire, et le médiateur a indiqué qu'au regard du droit positif, peu importe, en définitive, qu'il y ait eu réellement ou pas défaut d'entretien manifeste. La clause condamnée n'a simplement pas vocation à jouer, y compris si l'assureur démontre le défaut d'entretien, comme ici.

¹⁹ Civ. 3e, 26 sept. 2012, Bull. civ. III, n° 130, pourvoi n° 11-19.117.

Panorama qualitatif 2013

Le médiateur en a profité pour insister sur le fait que l'on pouvait tirer des enseignements d'un dossier vu en médiation (sauf évolution du droit dans l'intervalle) pour traiter, en amont, des affaires semblables et adopter la solution idoine, sans perdre de temps.

En 2013, à l'occasion d'un nouvel arrêt de la Cour de cassation, apportant un tempérament à la position antérieure, semble-t-il, le médiateur a de nouveau informé les mutuelles du GEMA de cette évolution jurisprudentielle, par une note d'information. Il a ainsi indiqué que la Cour de cassation avait retenu la validité de la clause d'exclusion selon laquelle ne sont pas garanties « *les infiltrations dues à l'usure ou à défaut de réparation ou d'entretien indispensable incombant à l'assuré (tant avant qu'après sinistre), sauf cas de force majeure* »²⁰.

Le médiateur a indiqué aux assureurs que face à ce tâtonnement de la jurisprudence, qui ne rend pas pour autant obsolète la solution de l'arrêt précédent pour la clause visée, dont il faut continuer à tenir compte, il aurait à cœur d'examiner chaque clause dans sa rédaction précise afin d'en retenir ou non la validité.

Modalités de la résiliation du contrat d'assurance à l'échéance

Est souvent répété ce que retient la jurisprudence, à savoir que l'assureur souhaitant résilier à l'échéance, en vertu de l'article L. 113-12 du Code des assurances, peut se borner à adresser une lettre recommandée, sans accusé de réception. Le médiateur a indiqué que pour la Cour de cassation, l'assureur n'a pas à apporter la preuve de la réception par l'assuré de la lettre recommandée, dès lors qu'il est établi l'envoi recommandé par un document de la Poste²¹. Si le médiateur ne contrôle pas la pertinence du motif de l'assureur, qui exerce sa prérogative légale²², il vérifie néanmoins la régularité de la procédure suivie pour parvenir à cette résiliation.

Dans une affaire, l'assuré ne contestait pas la possibilité de résilier unilatéralement à l'échéance son contrat d'assurance automobile, ni le respect du délai de préavis de deux mois, mais il reprochait une faute à la mutuelle, qui aurait dû, selon lui, s'assurer de la bonne réception de ce courrier de résiliation, expliquant qu'il fallait utiliser une lettre recommandée avec accusé de réception. L'assuré s'était rendu tardivement à la Poste pour récupérer le pli recommandé reçu, si bien qu'il n'avait pu le retirer. Dès lors que la lettre recommandée est envoyée à la bonne adresse (la dernière connue de l'assureur), même si elle n'est pas retirée par l'assuré, la résiliation à l'échéance est régulière.

Dans un autre cas, pour s'opposer à la résiliation à l'échéance annuelle (décembre) à l'initiative de l'assureur, le sociétaire cherchait à se prévaloir de la date de souscription de son contrat (août), pour allonger sa durée de garantie de quelques mois. Le médiateur a observé que les conditions générales du contrat prévoyaient, à la rubrique « *La durée du contrat* », que la police était conclue jusqu'au 31 décembre de l'année de souscription et reconduite automatiquement par la suite, par le jeu de la tacite reconduction.

À la rubrique « *Comment est résilié votre contrat ?* », était donné un exemple en utilisant la date du 31 octobre comme étant la limite de l'envoi. Le médiateur a admis que les exigences légales (art. R. 112-1 et L. 113-15 C. assur.) sur la durée du contrat étaient ici respectées. Dès lors, la date d'échéance était le 31 décembre, quelle que soit celle de souscription ou de prise d'effet, sachant qu'en 2012, le contrat souscrit en 2010, avait plus d'un an, lorsque l'assureur a pris l'initiative de le dénoncer.

²¹ Civ. 2e, 18 avr. 2013, pourvoi inédit n° 12-19.474.

²² V. depuis, la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 relative à la consommation (art. 59), dite loi Hamon, a notamment introduit un nouvel article L. 113-12-1 C. assur..

²⁰ Civ. 2e, 3 oct. 2013, pourvoi inédit n° 12-23.684.

Panorama qualitatif 2013

Mandat pour résilier la police

Dans une affaire, saisi par une association de consommateurs pour le compte du sociétaire, le médiateur s'est intéressé aux modalités de résiliation de la police souscrite auprès d'un autre assureur car cette opération avait été confiée à la mutuelle, nouvel assureur. Le mandat n'était pas discuté. Le médiateur a retenu la faute de la mutuelle consistant à ne pas adresser la lettre de résiliation au bon destinataire. Une procédure pour non-paiement de la prime avait été lancée par l'ancien assureur. La mutuelle avait proposé de rattraper son erreur, en ne mettant pas en place son contrat, et en remboursant la différence de cotisations, mais l'assuré voulait cette nouvelle police qu'il avait sélectionnée.

Pour le médiateur, il ne fallait pas confondre le fait que l'assuré était resté engagé auprès de son ancien assureur, vis-à-vis de qui il était tenu, avec la sanction du comportement fautif de son mandataire. Le préjudice ne se résumait pas à la différence de tarification entre assureurs ; il n'y avait pas faute du mandant à vouloir profiter de son nouveau contrat et à quitter son ancien assureur. L'étendue du préjudice était l'ensemble des conséquences résultant du manquement du mandataire, à qui était imputable le maintien dans le précédent contrat. Etant donné que l'assuré avait, en définitive, pu « négocier » sa sortie anticipée du précédent contrat, le médiateur a retenu une somme tenant compte des diverses perturbations subies, dont le coût de cette rupture.

Ce genre de dossier mérite une réflexion plus générale. La pratique existe, qui consiste à informer le futur client pour lequel un contrat est mis en place, que le nouvel assureur s'occupe entièrement des formalités pour résilier le précédent contrat auprès de l'ancien assureur. Sous un certain aspect, on peut y voir un des « effets » de la loi Chatel (art. L. 113-15-1 C. assur.). Lorsqu'on se charge d'opérer une telle résiliation, au nom et pour le compte d'autrui, il convient d'exécuter convenablement sa mission, qui n'est guère difficile, après une vérification parfaitement élémentaire. A défaut, il faut en assumer pleinement les conséquences, sans tergiverser.

Questions spécifiques

Assurances de choses et de responsabilité

Preuve de l'existence et de la valeur des bijoux

Dans une assurance habitation contre le vol, fréquemment, lorsque l'assuré déclare la disparition de ses bijoux, le médiateur a eu à examiner la question de l'indemnisation, liée aux exigences de preuve et à la limite que peut constituer un plafond de garantie. C'est le principe de l'indemnisation pour ce poste qui peut être refusé ou l'étendue de l'indemnisation due en fonction des justificatifs fournis (suffisants ou partiels) ou pas.

Dans plusieurs affaires, le médiateur avait à examiner les éléments de preuve au regard des clauses du contrat. Cette police prévoyait, de façon générale, que les dommages étaient évalués sur la base des pertes réellement subies (dans le respect du principe indemnitaire, donc), notamment à partir de l'évaluation faite par un expert mandaté par l'assureur (procédure habituelle). Il était souligné l'importance de conserver tous les documents de nature à prouver l'existence et la valeur des biens. Plus spécifiquement, les conditions générales indiquaient que l'assuré devait produire tous les documents permettant d'attester de l'existence et de la valeur de ses biens (factures, photographies...) et, pour les bijoux, et objets de valeur, qu'il

devait faire établir un état descriptif de ces biens par des professionnels qualifiés (joailliers...) et fournir des reproductions photographiques permettant l'identification de chaque objet.

Le médiateur a rappelé que l'assuré, qui demande une indemnité, supporte la charge de la preuve des conditions de la garantie, et il doit établir l'existence et la valeur des biens dérobés, des bijoux par exemple, par tous moyens (car la preuve du sinistre est libre).

Pour les bijoux, le médiateur a estimé que le contrat donnait de simples illustrations qui permettaient de bien procéder à leur identification, la plus précise possible (matériau, poids, ancienneté...), ce qui conditionne l'appréciation de leur valeur.

En effet, le médiateur a considéré que l'assureur ne pourrait refuser l'indemnisation au motif que la clause de son contrat imposerait un mode de preuve limitatif pour un sinistre vol de bijoux.

De plus, dans le Code de la consommation, au titre des clauses abusives, sont présumées abusives (liste grise), sauf preuve contraire à la charge du professionnel, les clauses qui ont pour objet ou pour effet de : « 9° *Limiter indûment les moyens de preuve à la disposition du non-professionnel ou du consommateur »* (art. R. 132-2).

Aussi, pour le médiateur, la clause suggérait simplement des modes de démonstration de l'existence et de la valeur de tels biens, qui doivent satisfaire, comme d'autres moyens de preuve, le but de l'identification de l'objet pour sa correcte évaluation. Il demeure que l'assuré doit rapporter des éléments de preuve solides.

Dans les cas examinés, le médiateur a estimé qu'il ne disposait pas d'éléments suffisamment objectifs permettant de déterminer la nature exacte des bijoux, et conséquemment la valeur à leur attribuer. Rappelant la voie possible de l'expertise, le médiateur a indiqué que l'homme de l'art aurait besoin, par exemple, des originaux de factures, ou de photographies, soit de tout document susceptible de démontrer la propriété de tel objet et permettant d'en apprécier la valeur avec précision.

Plus largement, sur cette question, le médiateur rappelle habituellement que la déclaration de pertes aux autorités de police est, à elle seule, insuffisante, tout comme un simple état des pertes dressé par l'assuré. L'idéal est une facture d'entretien ou d'achat, au nom de l'assuré, avec le descriptif précis du bijou concerné.

Selon les circonstances, il est vrai que les assureurs peuvent faire montre d'une certaine indulgence, surtout lorsqu'il s'agit de bijoux anciens ou de famille, voire offerts, pour

Panorama qualitatif 2013

lesquels on ne dispose pas toujours de justificatifs officiels. D'où l'intérêt, *a priori*, pour se préconstituer une preuve, de faire inventorier clairement les bijoux assurés par un professionnel (ce que peut suggérer un contrat), ou de disposer de photographies nettes, avec un certificat d'authenticité. En soi, une photo ne permet pas toujours d'attester de la propriété ou de la valeur de bijoux, insuffisamment identifiés. On comprend que c'est un faisceau d'éléments, variables suivant telle ou telle espèce, qui permet d'opérer des déductions. Le cas échéant, doit être suggérée la voie de la contre-expertise contradictoire.

En marge, il peut être signalé que, lors de la déclaration du risque, si la situation particulière de l'assuré le justifie, l'assureur pourrait éventuellement suggérer de recourir à un technicien afin de déterminer la valeur agréée du bien. Ainsi, elle serait arrêtée contradictoirement *a priori* par l'assureur et l'assuré, ce qui vaut présomption simple de l'existence et de la valeur de ce bien au moment du sinistre, sauf preuve contraire alors à la charge de l'assureur.

Même si la lettre de la police est claire, elle ne dispense pas forcément du devoir d'information et de conseil. Le médiateur voudrait attirer l'attention de tous sur la nécessité, lors de la conclusion ou en cours de contrat (lors d'un avenant, par exemple), de clairement aviser les assurés au titre du devoir d'information et de conseil, même au-delà de la lettre claire des polices, relativement aux conditions de l'indemnisation des bijoux. Il en va ainsi, notamment sur les preuves à fournir en cas de sinistre, ainsi que sur l'adaptation des plafonds de garantie, selon les cas, avec les conséquences si le « capital garanti » ou la « valeur garan-

tie », comme il est parfois stipulé, est atteint. A ce propos, le médiateur rappelle que la somme maximum garantie n'est pas le montant auquel peut systématiquement prétendre l'assuré en cas de sinistre, sans apporter le moindre justificatif. C'est simplement une limite à l'intérieur de laquelle l'assuré est tenu d'apporter des preuves pour être indemnisé, et au-delà de laquelle l'assureur n'interviendra pas, quel que soit le montant réel des pertes justifiées. Les sommes ainsi indiquées ne constituent pas la preuve de l'existence et/ou de la valeur des bijoux.

Le devoir d'information et de conseil est susceptible d'avoir des répercussions. A la suite d'un vol dans une habitation en 2012, l'assureur opposait le plafond de garantie pour ne pas aller au-delà pour les bijoux, dont l'existence et la valeur étaient démontrées, pour un montant trois fois supérieur à la limite contractuelle. Les conditions générales indiquaient que la garantie des bijoux était limitée au capital fixé par les conditions particulières et la somme retenue par l'assureur était effectivement la bonne. L'assuré faisait observer que cette limite n'avait pourtant pas changé depuis la date de la souscription... en 1982.

Le médiateur a rappelé le fonctionnement du plafond opposable et la liberté contractuelle qui permet, contre une cotisation adaptée, d'opérer la révision du montant de ce plafond. Les avis d'échéance n'avaient pas pour objet de détailler les garanties en place. Le sociétaire reconnaissait loyalement n'avoir pas porté une attention particulière à la lecture de son contrat, mais il s'étonnait cependant de la situation.

Panorama qualitatif 2013

Il faisait valoir un manquement au devoir de conseil, en cherchant à se prévaloir d'une nouvelle formule de garantie qui aurait dû lui être proposée après la souscription initiale de la police. Cette formule, qui n'existait pas lors de la souscription, prévoyait, elle, un indice pour l'évolution des montants de garantie, des cotisations et des franchises.

Le médiateur a admis que, dans le principe, l'assureur supporte un devoir de conseil, tant en phase précontractuelle qu'en cours de contrat²³, dont la preuve de l'exécution lui incombe, une fois que l'assuré a bien démontré qu'il était créancier de l'information ou du conseil, c'est-à-dire l'existence de cette obligation. Il a ajouté qu'à supposer qu'un défaut de conseil puisse être retenu, l'assuré n'a pas droit au jeu de la garantie comme s'il l'avait souscrite. En effet, il ne pourrait prétendre qu'à la perte d'une chance, si elle est sérieuse, de souscrire un contrat mieux adapté à la situation personnelle, afin de bénéficier d'une garantie avec d'autres contours.

En l'espèce, le médiateur a chiffré cette perte de chance en retenant l'ancienneté de la date de souscription, plusieurs décennies avant la survenance du sinistre, et l'absence de toute évolution du contrat ou de simple examen de la situation, malgré des évolutions faites pour d'autres contrats. A été accordée une somme en complément de celle déjà obtenue pour le poste bijoux.

Habitation et conditions de la garantie vol

De jurisprudence constante, il appartient à l'assuré qui sollicite une garantie de démontrer par tous moyens que les faits permettant sa mise en œuvre sont bien réunis pour le sinistre en cause. L'assuré doit démontrer les conditions de la garantie. Le médiateur rappelle fréquemment cette règle.

Parmi de nombreux dossiers, une affaire mérite de retenir l'attention car elle permet, notamment, de montrer qu'il convient parfois de tracer les contours des conditions de la garantie.

Selon la déclaration faite aux autorités, l'assurée octogénaire a indiqué que son collier en or avec perle de Tahiti avait été volé à l'arraché, par un tiers non identifié, dans l'ascenseur de son immeuble en copropriété. Pour dénier sa garantie, la mutuelle se prévalait, en définitive, de la lettre du contrat qui couvrait les biens contre leur disparition, destruction ou détérioration résultant d'un vol ou d'une tentative de vol commis à l'intérieur des locaux désignés aux conditions particulières dans certaines circonstances énumérées limitativement. Les biens assurés étaient définis comme ceux situés exclusivement dans les locaux désignés aux conditions particulières, c'est-à-dire privatifs.

Dans le respect de la loi contractuelle (art. 1134 C. civ.), le médiateur a été contraint d'expliquer qu'il ne faisait pas de doute que le vol s'était produit dans l'ascenseur, en dehors des

locaux assurés donc, si bien que, en droit, la position de l'assureur était fondée. Les parties communes n'étant, par principe, pas propres à tel assuré, on ne saurait les assimiler, sous cet aspect, aux locaux assurés et désignés. Le médiateur a vérifié si le contrat ne prévoyait pas de garantie spécifique pour les parties communes, mais rien de tel ici.

Tout en rappelant que le geste commercial était à la discrétion de la mutuelle, si elle le souhaitait, au regard de l'ancienneté de sociétaire mise en avant (plusieurs décennies), le médiateur a suggéré à la fille de l'assurée qui l'avait saisi, d'interroger le syndic de copropriété afin de savoir si un tel sinistre était susceptible d'être pris en charge au titre d'une assurance qui aurait été souscrite.

Qualité de tiers, celle d'assuré et responsabilité civile

Dans une assurance multirisque, une assurée déclare qu'elle a jeté involontairement dans la cheminée la prothèse dentaire d'un ami en visite, posée sur une table parmi des papiers de bonbons. Elle sollicite la mise en œuvre de sa garantie responsabilité civile auprès de son assureur, qui réclame la transmission de la réclamation de la victime. Lorsque l'assureur indique prendre la direction du litige face à la partie adverse, l'assurée conteste et sollicite le remboursement immédiat des frais engagés. L'assureur a refusé d'intervenir, en faisant valoir que les organismes sociaux et la complémentaire santé de la victime étaient déjà largement intervenus et que la soultte devait

²³ Civ. 2e, 5 juill. 2006, Bull. civ. II, n° 180, p. 173, pourvoi n° 04-10.273.

Panorama qualitatif 2013

demeurer à la charge de la victime. Le médiateur rappelle que c'est la victime qui dispose de l'action directe qu'elle pouvait déclencher par sa réclamation, non vérifiée ici. Il précise en outre que, sous réserve, si l'action de jeter une prothèse dentaire peut apparaître comme une faute de négligence susceptible d'engager la responsabilité quasi-délictuelle de l'auteur, c'est à la victime qu'il appartient d'apporter la preuve de cette responsabilité. Le médiateur indique aussi, en se référant à l'article L. 124-4 du Code des assurances, que l'assureur n'est nullement tenu par la reconnaissance de responsabilité de son assuré. Il ajoute que quand bien même la responsabilité du fait personnel de l'auteur pourrait être recherchée, il aurait la possibilité d'opposer le comportement de la victime afin de s'exonérer en tout ou partie de sa responsabilité.

Dans le cas présent, le médiateur considère que la faute de la victime peut se discuter, du fait de laisser sa prothèse dentaire parmi des débris, pouvant réduire le droit à indemnisation. Sur le terrain propre du droit des assurances, le médiateur se réfère encore aux articles L. 124-1 et L. 124-2 du Code des assurances, prévoyant que l'assuré qui souhaite actionner sa garantie responsabilité civile doit réunir plusieurs éléments cumulatifs. Il doit ainsi y avoir la preuve de l'existence d'une dette de responsabilité, dont l'étendue peut être discutée dans le cas d'espèce.

Il est ensuite nécessaire que le contrat que l'assuré souhaite actionner couvre la responsabilité concernée par le sinistre, ce qui constituait un nouveau point d'achoppement dans l'affaire en cause. En effet, le contrat prévoyait que la garantie était due en cas de dommages occasionnés aux tiers, la notion de tiers étant définie comme « toute per-

sonne autre que : -un assuré ; -les ascendants ou descendants d'un assuré et leurs conjoints ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité ou concubins (...) ».

Le médiateur, après avoir relevé que l'assurée désignait comme victime « son compagnon », dans un de ses courriers, s'est appuyé sur l'article 515-8 du Code civil qui définit le concubinage. En outre, les deux parties étaient domiciliées à la même adresse, ce qui plaiderait plus pour le résident permanent que pour l'ami de passage. La situation présentait une stabilité et une continuité suffisantes à la qualification de cette relation en concubinage.

Le médiateur a indiqué que si l'on se référait à la seule définition du tiers par le lexique contractuel, le tiers pouvait être entendu comme le concubin d'un ascendant ou d'un descendant, ou comme le concubin de l'assuré (avec moins de certitude). Le doute quant à l'interprétation de cette clause était donc permis. Si la définition du tiers pouvait paraître ambiguë, le médiateur a néanmoins relevé que le contrat définissait précisément l'assuré : « le sociétaire, son conjoint non séparé de corps et de fait, ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ou son concubin ».

La personne victime, en l'occurrence, le compagnon de l'assurée, répondait bien à la qualité de concubin, donc d'assuré. Il ne pouvait donc être considéré comme tiers au contrat. Dès lors, le médiateur a considéré que les conditions de mise en œuvre de la garantie n'étaient pas remplies, et ne permettaient nullement la mise en jeu de la garantie responsabilité civile.

Panorama qualitatif 2013

Au titre d'une autre affaire relative à la mise en jeu de la garantie responsabilité civile, le médiateur a été amené à rappeler qu'il fallait bien distinguer la responsabilité civile de la responsabilité morale que chacun peut ressentir. Il s'agissait, en l'espèce, d'un enfant de six ans qui, en courant, s'était pris les pieds dans le câble d'alimentation d'un ordinateur portable appartenant à une amie de ses parents, entraînant ainsi la chute de l'appareil et des dommages consécutifs, selon la déclaration de sinistre faite.

Le médiateur a ainsi indiqué qu'il était possible aux parents responsables de l'enfant de s'exonérer de leur responsabilité par la faute de la victime, qui pouvait être discutée dans le cas d'espèce. Le médiateur a fait mention de l'article L. 124-2 du Code des assurances, et du fait que, selon les termes de cette disposition, en l'occurrence, la reconnaissance de responsabilité spontanée de la part de l'assuré était inopposable à l'assureur²⁴.

Navigation de plaisance, garantie recours et force majeure

Un assuré souscrit un contrat navigation de plaisance formule simple pour son bateau. Il ne bénéficie donc pas de la garantie pertes et avaries, ni de la garantie dommages. Lors d'un épisode pluvio-orageux de forte intensité, son bateau est percuté par une autre embarcation qui a rompu ses amarres, selon le témoignage d'un tiers, résidant sur son propre navire. Un recours amiable est engagé à l'encontre de l'assureur du responsable, qui refuse de reconnaître la responsabilité de son assuré.

L'assureur abandonne alors tout recours, faisant valoir l'argument de la partie adverse selon lequel l'épisode pluvio-orageux, reconnu catastrophe naturelle par arrêté interministériel, était d'une intensité telle qu'il constituait un cas de force majeure exonératoire de responsabilité. Cette position est contestée par l'assuré.

Le médiateur rappelle la jurisprudence applicable selon laquelle un événement qualifié de catastrophe naturelle ne constitue pas nécessairement un cas de force majeure, celle-ci devant être appréciée au cas par cas²⁵. Ces deux notions étant distinctes, il est toujours nécessaire de s'interroger sur l'existence des caractères de la force majeure pour un événement qualifié de catastrophe naturelle. Rien n'est systématique ou automatique.

Il est donc indispensable de s'interroger sur la réunion des caractères de la force majeure afin de déterminer si celle-ci peut être établie et considérée comme étant exonératoire de responsabilité. Dans le dossier en cause, le médiateur a estimé que la preuve des caractéristiques de la force majeure, et notamment de l'imprévisibilité, n'était pas rapportée. Il appartenait donc à l'assureur de procéder à un recours judiciaire. Cependant, tout en indiquant que les conventions entre assureurs sont inopposables aux assurés, tiers à ces accords, le médiateur a réservé la possibilité à la mutuelle de ne pas exercer le recours, mais d'opérer un règlement direct à son assuré.

²⁵ Civ. 3e, 24 mars 1993, Bull. civ. III, n° 46, p. 30, pourvoi n° 91-13.541 - Civ. 3e, 28 janv. 1998, Bull. civ. III, n° 22, p. 16, pourvoi n° 95-17.211 - Civ. 3e, 10 déc. 2002, Bull. civ. III, n° 256, p. 222, pourvoi n° 01-12.851.

Toutefois, au-delà des seuls dommages au bateau, il fallait tenir compte de la privation de jouissance, même si l'étendue d'un tel préjudice nécessitait une fixation par expert, avec l'accord de l'assuré.

Assurance automobile

Conditions de la garantie vol du véhicule

Une question récurrente est celle du respect des conditions de la garantie en cas de vol déclaré du véhicule, dont la preuve incombe à l'assuré, spécialement l'exigence d'effraction, habituellement prévue par les polices, avec des précisions variables. Ainsi, l'effraction du véhicule peut être indiquée sans précision autre, ou il peut être demandé la preuve d'une effraction tant des ouvrants du véhicule que de ses organes de direction (la conjonction « et »), conditions cumulatives et non des conditions alternatives (la conjonction « ou » alors). Parfois, l'effraction du garage fermé où était stationné le véhicule peut suffire, ou le vol avec violence sur le conducteur. Il faut se reporter déjà à la rédaction de la police souscrite.

Pour faire jouer la garantie, on devine qu'il faut satisfaire à la preuve exigée, par tous moyens. C'est souvent une question technique réglée par le recours à une expertise, voire une contre-expertise à proposer explicitement en cas de contestation. Il en va assurément ainsi lorsque le véhicule est retrouvé. Le médiateur pense qu'il est fortement souhaitable, lorsque l'indemnisation est refusée, et que l'assuré conteste une

²⁴ Ex. Civ. 1re, 12 mars 2012, Bull. civ. I, n° 83, p. 64, pourvoi n° 98-22.434.

Panorama qualitatif 2013

telle position, de lui transmettre la copie du rapport circonstancié sur le fondement duquel est prise la décision. Cela permet de peser l'opportunité d'une éventuelle expertise nouvelle, si l'explication donnée ne convainc pas.

Lorsque l'expert détaille ses diligences et décrit précisément ses constatations, cela facilite la mise en œuvre des clauses du contrat. Si des assurés font expressément valoir qu'il existe aujourd'hui des techniques de vol qui ne laissent pas forcément de traces mécaniques ou physiques sur le véhicule, le médiateur en convient mais il rappelle qu'il faut se reporter à la lettre du contrat qui, en contrepartie de la cotisation versée, ne couvre pas toute disparition du véhicule, mais celle intervenue dans les conditions énoncées, à respecter donc (art. 1134 C. civil).

Indemnisation et valeur du véhicule

À la suite d'un sinistre (vol, incendie, accident...), il n'est pas rare que l'assuré ne se contente pas de l'indemnisation proposée par son assureur, par suite de l'expertise réalisée. Le médiateur insiste souvent sur son incompetence pour apprécier des conclusions techniques précises, tout en rappelant la possibilité offerte par les contrats de recourir à une contre-expertise contradictoire, voire une tierce expertise, ce qui suppose de communiquer le premier rapport afin de mesurer l'opportunité de cette procédure qui engendre des frais. Le médiateur précise néanmoins des principes directeurs pour évaluer un tel préjudice.

Ainsi, dans un dossier, le camping-car a été déclaré économiquement et techniquement irréparable, et l'expert a retenu une valeur de rem-

placement (VRADE), ainsi qu'une valeur de sauvetage pour l'épave. Rappelant la valeur déclarée de son véhicule lors de la souscription, très nettement supérieure, l'assuré critiquait le montant retenu pour la valeur du véhicule au moment du sinistre, camping-car qu'il avait tout de même cédé à son assureur. La police prévoyait clairement que l'indemnité était égale au montant des réparations dans la limite de la valeur de remplacement du véhicule assuré, déduction faite du prix de l'épave si le véhicule n'est pas réparé, sans pouvoir excéder la valeur déclarée sur les conditions particulières. La valeur de remplacement était classiquement définie comme étant celle du véhicule assuré, au jour du sinistre, établie à dire d'expert.

Le médiateur a indiqué qu'en vertu de l'article L. 121-1 du Code des assurances, relatif au principe indemnitaire, rappelé par les conditions générales du contrat, l'assureur n'a pas à verser une indemnité qui dépasserait le montant de la valeur de la chose assurée au moment du sinistre. Et, en matière automobile, où il existe un marché de l'occasion permettant d'obtenir des références, l'assuré ne peut prétendre qu'à la somme chiffrée par l'expert. L'état du véhicule, son kilométrage, son âge, son degré d'entretien, notamment, sont des éléments pris en considération pour déterminer sa valeur précise. Le médiateur a refusé de faire droit à la réclamation par laquelle était demandée une indemnisation correspondant au « plafond d'indemnisation » prévu par le contrat, dès lors que la valeur réelle du véhicule était bien inférieure à celui-ci. Il a été expliqué qu'il ne s'agissait que d'une limite supérieure mais qu'il convenait de prouver la valeur exacte du bien au jour du sinistre, d'où la procédure d'expertise à respecter.

Panorama qualitatif 2013

On ne saurait se contenter des seules annonces de vente, insuffisantes en elles-mêmes.

Mesures de précaution et aggravation du dommage

Si, à l'occasion du rapport d'activité 2012, le médiateur était revenu sur le non-respect des mesures de prévention pour la survenance des dommages (pages 26-27), il existe également des conséquences en cas de non-respect des mesures de précaution imposées afin d'éviter une aggravation du sinistre.

Le médiateur a été confronté à un dossier dans lequel une assurée, circulant sur autoroute, a heurté un animal sauvage, endommageant le dessous de son véhicule. L'expert mandaté par l'assureur a pu relever que la sociétaire avait poursuivi son trajet après l'impact pendant plusieurs centaines de mètres, provoquant des dommages irréversibles au véhicule. Sans contester ces conclusions, l'assurée indiquait s'être arrêtée lorsqu'un voyant s'était allumé sur son tableau de bord. L'assureur lui opposait malgré tout un refus de prise en charge du fait de l'aggravation des dommages qu'elle avait elle-même causée.

Pour le médiateur, lorsque le véhicule roulant à une certaine vitesse sur l'autoroute, vient à heurter un animal, le réflexe de tout conducteur est de chercher à s'arrêter, sans danger mais avec célérité, avant même l'allumage de tout voyant. Il a surtout indiqué qu'il convenait toujours de déterminer si un défaut de précaution pouvait être reproché à l'assuré au regard des faits de la cause.

Encore, en l'absence de clause contractuelle imposant à l'assuré un arrêt immédiat consécutif à tout choc, il y a lieu de vérifier qu'il existe bien un lien de causalité entre le choc initial et les dommages dont la réparation est demandée. L'assureur n'a à prendre en charge que les conséquences directes du heurt, déduction faite de la franchise contractuelle. Si, en revanche, la faute de l'assuré rompt ce lien de causalité, il ne peut y avoir de garantie à son profit, les dommages étant survenus postérieurement au choc.

Accident de la circulation et responsabilité

Comme pour nombre d'exercices précédents, cette année encore, sans surprise, le médiateur a eu à connaître de nombreux litiges relatifs à la contestation par l'assuré de la part de responsabilité retenue à son encontre par l'assureur à la suite d'un accident de la circulation.

Le médiateur rappelle invariablement les deux principes résultant de la jurisprudence de la Cour de cassation : le droit à réparation du conducteur peut être diminué, voire disparaître complètement, en fonction de la gravité de la faute qu'il a commise, et cette gravité s'apprécie en elle-même, indépendamment des fautes éventuelles commises par le conducteur adverse.

La question peut être soulevée, et devient délicate lorsque les circonstances de survenance du sinistre demeurent indéterminées, en l'absence de constat amiable contradictoire. Là encore, le médiateur se réfère à la jurisprudence selon laquelle chacun des conducteurs a droit

à réparation intégrale de son préjudice, mais doit supporter la charge d'un malus de 25%. Dans la pratique, il apparaît que les assureurs proposent régulièrement une indemnisation partielle, mais avec l'application d'un demi malus. Dans un tel cas, le médiateur laisse à l'assuré la possibilité de choisir entre les deux solutions proposées, celle qui lui semble la plus favorable à ses intérêts.

Il convient de souligner que cette position ayant été répétée par le médiateur depuis de nombreuses années, certains assureurs ont pu proposer directement cette option à leurs assurés.

Au-delà, sur ce terrain de la contestation des parts de responsabilité, on rappellera qu'il ne suffit pas d'arguer de sa bonne foi, de son passé de bon conducteur, et/ou de mettre en avant une version unilatérale de l'accident, souvent consignée au verso du constat, non signé de l'adversaire, ou une description de l'accident présentée dans une lettre explicative avec croquis. Il faut des éléments de preuve objectifs, pouvant être opposés à l'adversaire, tels que le recto du constat signé des deux parties, donc opposable à chacun (il faut donc bien lire toutes les cases cochées, mentions, observations de chacun, croquis, avant de les approuver par signature, quel que soit le rédacteur) ou des témoignages, par exemple.

C'est ce que rappelle assez fréquemment le médiateur dans ses avis, car il ne peut donner satisfaction sur la foi d'une affirmation contestée par le conducteur adverse.

Panorama qualitatif 2013

Sinistres et relevé d'informations

Un assuré qui a déclaré, en un an et demi, six sinistres distincts à son assureur, au titre de son contrat automobile, voit cette police résiliée. Un relevé d'informations faisant figurer l'ensemble des sinistres déclarés lui est fourni. Le sociétaire conteste trois sinistres figurant sur ce relevé, en faisant valoir qu'il a lui-même procédé aux réparations du véhicule.

Le médiateur rappelle l'obligation légale pour l'assuré de déclarer les sinistres subis en vertu de l'article L. 113-2 du Code des assurances. Ici tous les sinistres recensés ont bien été déclarés. Et, en application de l'article 12 de l'annexe à l'article A. 121-1 du Code des assurances, l'assureur délivre un relevé d'informations pour l'ensemble des sinistres déclarés survenus au cours des cinq années précédant l'établissement de ce relevé. Ces sinistres doivent figurer sur ce document, sans distinction suivant qu'ils ont ou non donné lieu, après leur déclaration à l'assureur, à indemnisation. Le sociétaire a répété, avec une lourde insistance, sa réclamation et le médiateur a dû lui répondre à plusieurs reprises, avant de cesser de le faire, que sa position ne pouvait qu'être maintenue et que la voie de la justice demeurerait ouverte s'il était persuadé de son bon droit.

Note de couverture et « résiliation »

Le médiateur a également eu à connaître de plusieurs litiges relatifs à des « résiliations » que l'assuré considérait comme abusives, alors même qu'il ne s'agissait nullement d'une résiliation, au sens technique, mais de la fin de la période de validité d'une note de couverture : une garantie provisoire octroyée pour un temps arrivait à terme.

Ainsi, dans une affaire soumise au médiateur, ce dernier a pu constater qu'une note de couverture avait été conclue pour une durée d'un mois, le temps pour l'assureur d'étudier le risque. Des documents étaient à transmettre par l'assuré. Avant l'expiration de cette couverture, l'assuré a été informé du fait que la date d'expiration de cette dernière serait maintenue, l'assureur ne souhaitant pas faire entrer le risque dans son portefeuille au-delà de la couverture provisoire qui avait été immédiatement accordée. L'assuré se plaignait d'un préjudice correspondant à la différence de cotisations avec le contrat souscrit par ailleurs.

Le médiateur a alors expliqué à l'assuré provisoire la différence à faire entre la résiliation d'un contrat et la note de couverture conclue pour une durée déterminée, prenant fin automatiquement à une certaine date, sans que l'assureur, ou *a fortiori* l'assuré, ait à procéder à une quelconque résiliation selon telle ou telle modalité. Il a en outre rappelé le principe de la liberté contractuelle, qui permet à chacune des parties de choisir de contracter, ou non. La conclusion d'un contrat, après la garantie donnée immédiatement mais avec un terme, relève de la politique commerciale de l'assureur. Le médiateur ne saurait contraindre une mutuelle à accepter la demande de couverture d'un risque. A cette occasion, le médiateur a indiqué la possibilité, en cas de difficulté sur le marché, de saisir le Bureau Central de Tarification (BCT), afin d'obtenir une couverture pour l'assurance obligatoire automobile.

Panorama qualitatif 2013

Assurance de protection juridique

Cette année, le médiateur insiste sur différents aspects de la protection juridique.

Protection juridique, entre médiation et arbitrage

Le protocole de médiation du GEMA prévoit la possibilité de saisir le médiateur aux fins d'obtenir son avis concernant un litige qui oppose un assuré à son assureur. Toutefois, le protocole permet également la saisine du médiateur en qualité d'arbitre au titre de l'article L. 127-4 du Code des assurances.

A la différence d'un avis rendu dans le cadre de la médiation, l'avis rendu dans le cadre de l'arbitrage s'impose tant à l'assureur qu'à l'assuré, qui doivent donc s'y conformer. Ainsi, le médiateur examine l'opportunité de l'exercice d'un recours dans le cadre de la mise en œuvre d'une garantie protection juridique (PJ).

Ce recours à l'arbitrage doit par ailleurs figurer au contrat, et être proposé par l'assureur en cas de litige (art. L. 127-5 C. assur.). Toutefois, la frontière entre médiation et arbitrage est parfois mince, de telle sorte qu'à l'occasion de dossiers ouverts en médiation, le médiateur a pu être amené à rappeler la procédure de l'article L. 127-4 du Code des assurances.

Dans un dossier de ce genre, l'assuré consulte un dentiste qui estime nécessaire de soigner sa dent n° 45 et le recommande à sa remplaçante durant son absence. Cette dernière effectue des soins sur la dent n° 46 sans procéder à ceux initialement prévus. Le sociétaire demande donc la mise en œuvre de sa garantie protection juridique afin d'effectuer un recours à l'encontre des praticiens. Une expertise est diligentée 18 mois après les faits (l'assuré ne s'est pas rendu aux rendez-vous antérieurement fixés) et l'expert considère que si la dent n°46 nécessitait des soins urgents, le patient a subi une perte de chance de conserver sa dent n°45, encore qu'il aurait pu consulter personnellement un autre dentiste. Par suite de l'échec d'un recours amiable, la mutuelle refuse la mise en œuvre d'un recours judiciaire, ce que l'assuré conteste.

Le médiateur rappelle à l'assureur que, dans de telles circonstances, il aurait dû proposer le recours à un arbitrage au sens de l'article L. 127-4 du Code des assurances. Il indique toutefois qu'un arbitre aurait eu à se prononcer au regard des éléments à disposition, plutôt défavorables au sociétaire, *a priori*, à l'examen des données qui avaient été transmises.

La même solution de principe a été adoptée dans une affaire où l'assuré mordu par un chat sauvage avait utilisé des véhicules sanitaires et contestait le refus de prise en charge de ses frais par l'organisme d'assurance maladie, en sollicitant son assureur PJ. Le médiateur a en effet rappelé la possibilité pour l'assureur d'apprécier l'opportunité du recours, et la faculté pour l'assuré de recourir à l'arbitrage.

À propos de cette faculté d'arbitrage, lorsque le médiateur du GEMA a examiné le dossier en sa qualité de médiateur, il ne saurait le traiter, par la suite, en qualité d'arbitre. Ce point est rappelé aux assurés. Pareillement, à l'occasion, le médiateur ajoute que si l'assuré décidait d'exercer seul une action en justice - contre le refus de son assureur ou l'avis de l'arbitre sollicité, le cas échéant - le contrat prévoit souvent (conformément à l'article L. 127-4, al. 2, C. assur.) que, dans les limites contractuelles, les frais et honoraires sont pris en charge si l'assuré obtient finalement une décision de justice plus favorable à ses intérêts.

Dans une autre affaire, voisine de celles évoquées, le médiateur était saisi par un assuré dont l'assureur refusait de poursuivre plus avant un recours à l'encontre de ses voisins, qu'il estimait empiéter sur sa propriété. Il ressortait des éléments transmis que le sinistre avait été déclaré en 2004, à la suite de quoi l'assureur avait indiqué à son sociétaire qu'il était nécessaire de vérifier la réalité de l'empiètement, et donc de déterminer les limites des propriétés respectives. Plusieurs examens techniques avaient été réalisés, de même qu'une assignation devant le tribunal d'instance en vue de réaliser une procédure de bornage. Ce n'est que dans un second temps que la procédure au fond, de recours contre les voisins, pouvait être engagée.

Le géomètre nommé par voie judiciaire a déposé un rapport que l'assuré a contesté, en 2008. Son avocat, dont les honoraires étaient pris en charge au titre de la garantie protection juridique, a sollicité la réalisation d'une nouvelle expertise.

Panorama qualitatif 2013

Le juge avait débouté l'assuré de sa demande. Ce dernier a souhaité interjeter appel de cette décision, contre les préconisations de son avocat. L'assureur a alors informé le sociétaire de son refus de prise en charge des frais et honoraires d'avocat dans le cadre d'une procédure en appel. Il avait toutefois précisé la possibilité d'une prise en charge, dans les limites contractuelles, au cas où l'assuré déciderait de procéder par lui-même à ce recours et que la décision rendue lui soit favorable.

La cour d'appel a débouté l'assuré de sa demande. Le sociétaire a sollicité la prise en charge des frais d'avocat pour cette action, ainsi que celle des frais nécessaires à une action pour empiètement devant le tribunal de grande instance. Un refus lui a été opposé par son assureur.

Le médiateur a considéré que l'assureur, en vertu de la jurisprudence²⁶, avait la liberté, dans le cadre de la garantie protection juridique, d'apprécier l'opportunité d'un recours, même si l'assuré a la possibilité de faire appel à un arbitre, en application de l'article L. 127-4 du Code des assurances. Dans le cas présent, qui portait sur un conflit de propriété en Corse, l'assureur avait la possibilité d'exercer son droit d'apprécier l'opportunité d'un recours judiciaire, et d'estimer les chances de succès trop faibles.

Le médiateur ajoutera qu'il a rappelé ces différents principes, notamment le champ de la garantie PJ, avec ses exclusions contractuelles, dans un dossier où l'assuré souhaitait une action contre une société ayant commercialisé des investissements « loi Girardin », problème évoqué sur le fond lors du précédent rapport (page 29).

Il s'agissait d'un dossier où l'assuré s'était prévalu d'un avis du médiateur rendu dans une autre affaire (originalité à souligner !), dont il avait visiblement eu connaissance par l'association à laquelle il adhérerait, comme l'autre assuré. Le médiateur a indiqué que la médiation s'intéresse, par principe, à un litige opposant un assuré à son assureur et que l'avis rendu ne s'impose que dans ces rapports là. On ne saurait préjuger d'une solution à apporter dans un autre dossier, malgré des similitudes, sans avoir, au préalable, examiné attentivement le contrat applicable, loi des parties à respecter.

La constitution du sinistre protection juridique

À plusieurs reprises au cours de cet exercice 2013, le médiateur a été amené à rappeler les éléments constitutifs du sinistre protection juridique. La question est souvent en lien avec l'exigence de l'aléa dans le contrat d'assurance ou avec le point de départ de la prise d'effet des garanties.

Dans une affaire, un assuré titulaire d'une assurance protection juridique par l'intermédiaire de son employeur, depuis 2003, apprend en 2011, par suite d'examen sanguins, qu'il est atteint du virus de l'hépatite C. Après des recherches, il s'avère que ce virus lui a été transmis à l'occasion d'une transfusion sanguine à la suite d'un accident de la circulation ayant nécessité son hospitalisation, plusieurs années en arrière. Il déclare le sinistre à son assureur fin décembre 2012. Un refus de garantie lui a été immédiatement opposé, car la déclaration ne répondait pas à la définition contractuelle du sinistre, et le contrat était résilié à effet du 31 décembre 2011 (sur demande de l'employeur, souscripteur).

Panorama qualitatif 2013

L'assuré a contesté cette décision, en considérant que le point de départ du sinistre devait être pris en compte comme étant sa connaissance personnelle de la contamination par le virus, soit le 16 juin 2011, date à laquelle le contrat était toujours en vigueur. Il a fait également part de son intention d'entrer en négociation avec l'assureur du conducteur responsable du sinistre automobile.

Le médiateur rappelle le contenu des conditions générales du contrat, qui reprennent en substance les dispositions de l'article L. 127-2-1 du Code des assurances. En effet, le contrat stipule que le sinistre en matière de protection juridique est considéré comme tout litige ou différend concrétisé par le refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire. Dans ces circonstances, le médiateur indique donc que pour que le litige soit constitué, en ce sens, il est nécessaire qu'un refus ait été opposé à une réclamation.

Or, en l'espèce, si l'assuré indiquait qu'il souhaitait entrer en négociation avec l'assureur adverse, aucun refus ne lui avait encore été opposé, peu important la date de résiliation à ce stade, de telle sorte que le sinistre protection juridique n'était pas constitué. L'assureur était donc fondé, en l'état, à refuser la mise en œuvre de la garantie. Le médiateur a néanmoins invité l'assuré à vérifier, auprès de son assureur automobile, s'il ne disposait pas d'une telle garantie.

Dans une autre affaire, l'assuré avait souscrit un contrat PJ en 2012. Il souhaitait que son assureur intervienne dans un conflit d'ordre successoral, en référé, pour la transmission d'avenant à des contrats

d'assurance-vie et obsèques dont les bénéficiaires avaient été modifiés, le souscripteur étant décédé en 2010, après avoir été placé sous sauvegarde de justice.

L'assureur a refusé d'intervenir, le litige étant né antérieurement à la souscription du contrat, et, *a fortiori*, dans le délai de carence de deux mois à compter de la souscription, contractuellement prévu. L'assuré faisait valoir que, après la phase amiable où il n'avait pu obtenir ces pièces, il fallait considérer que la date de naissance du sinistre correspondait à la date à laquelle il avait souhaité exercer une action judiciaire.

Le médiateur a indiqué que le contrat clair et précis prévoyait que le litige ne pouvait être pris en charge que si l'assuré avait connaissance des faits sur lesquels portait la réclamation dont il était l'auteur (ou le destinataire, selon le cas), postérieurement à ce délai de deux mois. Cette clause couvrait tant la phase amiable, privilégiée, que l'éventuelle phase contentieuse, d'un litige que l'assuré pouvait rencontrer après la conclusion du contrat et la période de carence fixée.

La question portait sur le point de savoir ce qui constituait la naissance du litige (art. L. 127-2-1 C. assur.), car le contrat d'assurance est un contrat aléatoire. Dans la mesure où l'assuré admettait avoir recherché un accord amiable, dans une première phase, c'est qu'il y avait bien un désaccord à l'origine, pour le médiateur. Aussi, l'assuré avait connaissance des faits faisant naître son litige motivant sa demande en justice, peu important la date à laquelle il avait déclaré le sinistre (un peu plus

de trois mois après la souscription). Il ne pouvait prétendre au bénéfice de la garantie.

Seuil pour l'action en justice

La plupart des polices PJ prévoient, lorsque les conditions de la garantie sont réunies, que la phase amiable est à privilégier avant d'envisager, éventuellement, la phase contentieuse. Certains contrats peuvent contenir un seuil en deçà duquel l'assureur se bornera à la seule phase amiable, sans intervenir pour une procédure judiciaire. Par exemple, dans le cadre d'un litige dont le montant est inférieur à 600€, seule la phase amiable est assumée par l'assureur PJ.

Dans un litige portant sur une location saisonnière près d'un lac (1 400 €), le locataire mécontent souhaitait obtenir du bailleur, 100 € par semaine (deux au total), à titre de dédommagement, pour les nuisances sonores émanant de travaux effectués par le voisin direct de la maison louée. L'assureur PJ avait immédiatement informé son assuré que, eu égard au montant réclamé au principal pour ce sinistre, la garantie protection juridique ne pouvait être mise en œuvre que dans le cadre d'un recours amiable (qui avait échoué), mais nullement dans la perspective d'un éventuel recours judiciaire, car le seuil de 760 € n'était pas atteint. Était néanmoins rappelée la possibilité de saisir personnellement le juge de proximité.

Le médiateur a retenu que le contrat avait été correctement appliqué et que l'assuré restait un plaideur, totalement libre d'agir en justice, selon sa propre décision.

Panorama qualitatif 2013

En l'espèce, le sociétaire ne pouvait reprocher un manquement au devoir de conseil à son assureur. Clairement informé, il avait décidé d'exercer l'action devant le juge et avait été débouté de sa demande alors portée à 3 000 €. Le médiateur a estimé que l'assuré, pour ce même sinistre, ne pouvait revenir vers l'assureur afin de demander une prise en charge des frais de justice engagés. En effet, il s'agissait là d'un litige unique pour lequel l'assureur avait immédiatement et clairement opposé un refus motivé de garantie dans le cadre d'un recours judiciaire. Il importait peu important que les prétentions de l'assuré aient varié, à son initiative, lors de l'introduction de l'instance au cours de laquelle il avait succombé.

A cette occasion, le médiateur a précisé qu'il ne fallait pas confondre l'opportunité d'un recours, et la procédure d'arbitrage (art. L. 127-4 C. assur.), avec les conditions contractuelles posées pour l'exercice d'un recours, ici judiciaire. La première ne peut être examinée que si les secondes sont satisfaites.

Liberté de choix de l'avocat et prise en charge des frais et honoraires

Lors de la déclaration de sinistre, l'assureur PJ précise à son assuré la liberté dont il dispose pour choisir son conseil, dans le respect des dispositions légales (art. L. 127-3 C. assur.)²⁷. A défaut de choix fait par l'assuré, il est fréquent que l'assureur lui propose un avocat.

²⁷ Sur des précisions relatives à ce libre choix selon que l'assistance juridique est obligatoire ou pas en vertu du droit national dans la procédure administrative ou judiciaire (sans incidence) et sur la prise en charge du coût de l'assistance en vertu de la décision d'une délégation à un conseil externe, la demande de décision préjudicielle sur l'interprétation de l'article 4 § 1 de la directive 87/344/CE du Conseil du 22 juin 1987, examinée par la CJUE, 7 nov. 2013, aff. C-442/12, Jan Sneller c/ DAS.

Le médiateur a eu l'occasion de rappeler que lorsque l'assuré a sollicité un avocat, il doit savoir que son assureur PJ n'intervient que dans la limite des plafonds de garantie et du barème qui sont prévus par la police applicable au moment du sinistre. Il importe donc d'exercer sa vigilance quant à la facturation faite par l'avocat, qui peut être supérieure à la prise en charge de l'assureur, et sera supportée par l'assuré.

Dans une affaire, l'assuré reprochait un manquement au devoir d'information et de conseil sur ce point alors que son contrat était particulièrement clair, ainsi que les premiers courriers échangés avec sa mutuelle, lors de la déclaration de sinistre, alors qu'il cherchait un avocat spécialisé en droit du travail. En effet, ces lettres insistaient précisément sur le cadre contractuel de l'intervention de l'assureur.

L'assuré ne pouvait prétendre être privé de la soi-disant « gratuité » des frais et honoraires de l'avocat, s'il avait sollicité l'avocat suggéré par la mutuelle. Certains professionnels peuvent facturer leurs prestations dans les limites de la couverture d'assurance ; d'autres peuvent la dépasser. L'engagement de l'assureur demeure identique.

Ce qu'il faut comprendre est que l'assureur limite son intervention financière et l'avocat sélectionné peut décider de travailler dans le barème ou hors barème (barème qui s'impose dans les rapports assuré/assureur), puisqu'il fixe le montant de sa prestation en accord avec son client (art. L. 127-5-1 C. assur.). Ce barème ne sert qu'à calculer la prestation de l'assureur, qui n'est pas forcément correspondante avec le coût de la prestation de l'avocat²⁸.

²⁸ Sur la validité de principe, CJUE, 7 nov. 2013, aff. C-442/12, Jan Sneller c/ DAS, préc., cons. 27 et 28.

Panorama qualitatif 2013

Ici, l'assureur avait corrigé une erreur d'application de son barème, en versant un complément d'indemnisation, si bien que les obligations contractuelles étaient respectées.

Frais et honoraires antérieurs à la déclaration de sinistre

Dans un dossier, le médiateur a traité de la réclamation de l'assuré s'appuyant sur les stipulations de son contrat pour soutenir que si les frais et honoraires n'étaient pas pris en charge lorsqu'ils étaient engagés avant la déclaration de sinistre, il en allait autrement en ce qui concerne des mesures conservatoires urgentes, ce qui était son cas, selon lui.

En parallèle, il y avait une discussion sur une période de carence pour la prise d'effet de la garantie, ainsi que sur des exclusions relatives à des conflits de construction immobilière. L'action diligentée contre le promoteur entrait bien dans le champ de l'exclusion opposable. En toute hypothèse, le sinistre était bien survenu pendant la période de carence de douze mois. Aussi, le médiateur a expliqué qu'il importait peu de déterminer si le recours à un avocat pour initier une procédure de référé-expertise constituait ici une mesure conservatoire urgente. En effet, la prise en charge des frais et honoraires engagés, avant la déclaration de sinistre, pour des mesures conservatoires urgentes, est déjà subordonnée à la mise en œuvre de la garantie protection juridique qui, dans le cas présent, ne trouvait pas à s'appliquer pour les motifs exposés.

Dans une autre affaire, un oncle (l'assuré) avait prêté de l'argent à un neveu pour des frais liés à la constitution d'une société dont il était

également actionnaire. Face aux difficultés pour le remboursement du prêt, l'oncle avait saisi un avocat et le neveu avait été mis en demeure de rembourser, avant d'être assigné devant le tribunal. Une fois la facture d'honoraires reçue, l'assuré s'est alors rapproché de son assureur PJ pour déclarer le sinistre et demander la prise en charge des frais engagés.

Une partie du problème relevait d'une exclusion conventionnelle (droit des sociétés), point qui n'était pas contesté. Restait la question de la prise en charge des sommes versées par l'assuré à son avocat avant même toute déclaration de sinistre pour le prêt. L'assureur a répondu que toutes les consultations et actes de procédure réalisés avant la déclaration de sinistre n'étaient pas pris en charge selon les textes applicables.

Le médiateur a relevé, qu'en vigueur depuis le 21 février 2007, dès avant la signature de l'avenant d'octobre 2007 du contrat PJ, donc applicable en l'espèce, l'article L. 127-2-2, alinéa 2, du Code des assurances, d'ordre public (art. L. 111-2 C. assur.), qui s'imposait aux parties, comprenait un principe et une exception. Seule l'urgence, non établie en l'occurrence, aurait pu justifier une éventuelle prise en charge. Rien n'établissait qu'une déclaration de sinistre avait été faite avant l'engagement de ces frais, comme l'avait encore allégué l'assuré qui affirmait, dans un second temps, avoir téléphoné en ce sens quelques mois auparavant.

Le médiateur a souligné la clarté du contrat sur ces différents aspects. En effet, celui-ci rappelait que les frais des consultations, démarches

ou actes de procédure qui auraient pu être réalisés avant la déclaration de sinistre demeuraient à la charge de l'assuré, sauf s'il justifiait de l'urgence à les avoir demandés. En outre, en caractères très apparents, existait une exclusion de garantie pour les frais, provisions, honoraires ou consignations que l'assuré réglerait personnellement sans l'accord préalable de l'assureur et en l'absence d'urgence. De plus, il était prévu que dans le cadre amiable ou judiciaire, l'assureur prenait en charge l'ensemble des frais et honoraires afférents à des actes et démarches pour lesquels il avait donné son accord préalable. En l'occurrence, le médiateur n'a pas observé l'existence d'un quelconque accord pour les honoraires en discussion. Il a conclu en soulignant que les actes postérieurs à la déclaration étaient eux à prendre en charge, dans la limite du contrat et du barème correspondant.

Application du barème des frais et honoraires

Le barème des frais et honoraires s'impose dans les relations des parties au contrat d'assurance. En général, il est explicité, s'agissant d'une action en justice, selon les types de juridictions ou/et le stade de la procédure. Fréquemment, un tableau récapitulatif figure dans les conditions générales. La somme la plus haute prise en charge est indiquée en face de telle action devant telle juridiction.

Dans un dossier, ce barème n'était pas discuté en lui-même mais l'assurée, appuyée par l'avocat qu'elle avait choisi pour sa procédure de divorce, tentait de se prévaloir, dans ce barème, d'une prise en charge plus généreuse de son action en la qualifiant différemment de la catégorie retenue par l'assureur.

Panorama qualitatif 2013

Renseigné sur le barème, l'avocat avait établi une note d'honoraires correspondant au plafond d'intervention de l'assureur dans le cadre d'une procédure devant le tribunal de grande instance (TGI), largement supérieur à celui prévu pour une action intentée devant le juge aux affaires familiales (JAF), comme en l'espèce. L'avocat estimait que son choix exercé dans le barème était plus adapté à la situation. Il lui avait bien été répondu que les honoraires seraient pris en charge dans la limite du barème prévu dans le cadre d'une action devant le JAF, qui est un juge unique, spécialisé, avec une certaine compétence, et non devant le TGI, avec un règlement direct, eu égard à la situation financière de l'assurée.

Le médiateur a rappelé qu'il n'appartient pas à l'avocat ou à une partie de choisir dans le barème le montant qu'il estime le plus favorable à son intérêt. Il convient simplement de suivre ce qui est clairement prévu pour tel type d'action devant telle juridiction, dans le respect des termes précis du contrat, qui s'imposent aux parties. L'avocat choisi peut fixer librement ses honoraires, mais l'assureur n'est tenu d'intervenir que dans la limite du barème contractuel établi au titre du contrat PJ²⁹. Copie de l'avis a été communiquée à l'avocat qui avait saisi le médiateur au nom de l'assurée.

Dans un autre dossier, le sociétaire reconnaissait avoir eu connaissance du plafond maximum d'intervention (16 000 €), mais affirmait avoir ignoré l'existence d'un barème de répartition en fonction des actes entrepris, en faisant valoir le défaut d'information et de conseil.

Le médiateur a examiné les pièces transmises desquelles il résultait que si ce plafond était précisé, il ne figurait aucune explication quant à des

barèmes identifiés par acte réalisé. En l'absence de clause de renvoi remplissant les exigences posées par la jurisprudence, les conditions particulières ne permettaient pas de retenir que le sociétaire avait bien eu connaissance des conditions générales du contrat contenant lesdits barèmes. Plus largement, aucun élément ne permettait de retenir l'opposabilité des limites qui étaient invoquées³⁰. L'assureur avait transmis le tableau des forfaits de remboursement seulement après la déclaration de sinistre.

Dans ces circonstances, pour le médiateur, il importait peu que l'information, limitant les droits de l'assuré, lui ait été fournie en cours de gestion du sinistre, dans la mesure où il n'était pas démontré qu'il en avait eu connaissance au jour de la souscription du contrat ou, au plus tard, avant le sinistre en cause et sa déclaration. Le médiateur a donc considéré que, à l'instar des frais dont la prise en charge était demandée, toute autre action relative à ce litige pourrait être prise en charge, sur présentation de justificatifs, sans tenir compte des barèmes prévus aux conditions générales du contrat en fonction du type d'action. Cependant, il a été rappelé que, outre le respect du caractère raisonnable des honoraires d'avocat à éventuellement verser, l'existence de la limite du plafond contractuel de 16 000€, connue elle, est opposable. Pour un litige futur, en revanche, l'assuré a été avisé des contours exacts de la garantie.

²⁹ V. CJUE, 7 nov. 2013, aff. C-442/12, Jan Sneller c/ DAS, préc., cons. 27 et 28.

³⁰ Sur l'opposabilité des conditions générales, v. rapport 2012, p. 15.

Panorama qualitatif 2013

Pour conclure sur la protection juridique, le médiateur rappelle parfois à l'assuré que le rôle de son assureur PJ se limite à l'assister, en fonction des prestations souscrites, dans l'exercice d'un recours contre le ou les tiers, dans les conditions et limites de la police applicable. L'assureur PJ n'est aucunement garant du résultat d'une action en justice, ni de la responsabilité et/ou de la solvabilité de l'adversaire.

Assurances de personnes

Contrat santé et interprétation contractuelle

Brièvement, le médiateur indique que cette catégorie de contrats dont il avait plutôt rarement connaissance auparavant, commence à susciter des réclamations, certes en nombre réduit (pour l'heure), du fait notamment de l'entrée nouvelle de mutuelles présentes sur ce secteur d'activité dans le dispositif de médiation du GEMA.

L'assurée a souscrit un contrat santé, formule dite F4, qui seule permet la prise en charge de l'hospitalisation en chambre individuelle. La sociétaire est hospitalisée pour la naissance de sa fille du 11 au 18 septembre 2012. Elle accouche le 12 septembre. Elle contacte son assureur par téléphone, le 16 octobre 2012, afin de procéder à l'ajout de sa fille sur le contrat et à la diminution de la formule F4 à la formule F1.

L'assureur effectue ces modifications de manière rétroactive, à la date de naissance de l'enfant, le 12 septembre 2012 donc, et refuse par la suite la prise en charge des frais liés à l'hospitalisation de l'assurée en

chambre individuelle, couverts uniquement au titre de la formule F4, en estimant que le « sinistre » (heureux celui-ci !) est postérieur à la date de modification de la formule. L'assurée conteste cette décision en faisant valoir qu'elle n'a jamais sollicité de modification rétroactive de son contrat.

Le médiateur note tout d'abord que l'hospitalisation est définie au contrat comme « *tout séjour dans un établissement hospitalier public ou privé incluant au moins une nuit* », de telle sorte que l'hospitalisation doit être considérée, selon lui, comme un ensemble qui débute dès la première nuit, quel que soit le nombre de nuits. Le sinistre est donc survenu, en l'espèce, le 11 septembre 2012, soit antérieurement à la modification contractuelle litigieuse.

Pour aller plus loin, le médiateur ajoute qu'aucun élément au dossier ne permet de constater que l'assurée a sollicité une modification rétroactive de son contrat. Même si tel a été le cas, par téléphone, il incombait *a minima* à l'assureur de l'en informer et de la conseiller, d'autant qu'il lui appartenait d'établir la preuve du contenu exact de la demande de modification du contrat dans le présent contexte de contestation.

Au surplus, le médiateur a également précisé que les stipulations contractuelles prévoyaient qu'en cas d'ajout d'un enfant, l'avenant prenait effet le premier jour du mois suivant la déclaration, ce qui n'a pas été respecté en l'espèce. Le médiateur, dans un souci de simplification, a donc considéré que la modification ne prendrait effet qu'à la date de déclaration par l'assurée.

Garantie invalidité ou incapacité, activité professionnelle et interprétation de faveur

Une infirmière libérale a été victime d'un accident conduisant à un arrêt de travail en 2010 et l'incapacité était discutée, avec les expertises. Il était conclu que l'intéressée ne pouvait plus continuer la profession exercée depuis 1976, mais pourrait se livrer à une profession dans un service administratif, sans manutention, ni effort physique important. Le jeu de la garantie était soumis à des conditions, comme à l'accoutumée.

Le médiateur a rappelé que la jurisprudence de la Cour de cassation considère que les parties sont libres de fixer le contenu de leur accord, spécifiquement le type d'impossibilité professionnelle visé par la garantie. Il faut alors respecter la définition contractuelle. Encore faut-il que la clause en question soit claire et précise.

Là était l'enjeu en présence de diverses stipulations. Sans qu'il soit utile de s'attarder dans le détail, ici, le médiateur a retenu que deux analyses étaient possibles. Tout d'abord, version de l'assureur : la garantie incapacité de travail peut être mise en jeu dès lors que l'assuré est contraint d'interrompre totalement « toute » activité professionnelle et que son état de santé interdit l'exercice de « toute » activité professionnelle. Ensuite, autre lecture : l'incapacité de travail existe dès lors que la capacité de l'assuré à exercer « sa » profession, ou un travail socialement équivalent de la même profession, est réduite d'au moins 50%. Le rapprochement des stipulations qui définissaient le champ de la garantie pouvait laisser un doute sur les contours exacts et précis de

Panorama qualitatif 2013

la garantie offerte, d'où l'interprétation de faveur de l'article L. 113-2 du Code de la consommation au bénéfice de l'assurée.

Déclaration du risque et signature de l'assuré en assurance de groupe emprunteur

Le médiateur a signalé, à plusieurs reprises, ce qu'il a relevé dans son rapport d'activité 2012 (page 11), à savoir que s'agissant du questionnaire de déclaration du risque, il existait une divergence jurisprudentielle entre la chambre criminelle et la deuxième chambre civile de la Cour de cassation. Il a eu à étudier ce point, à nouveau, au cours de l'exercice écoulé. Il a toutefois été amené à apporter des précisions. Par parenthèse, on rappellera, ce qui a été évoqué plus haut, que, depuis, la Cour de cassation a pris position sur cette délicate question par un arrêt de chambre mixte de février 2014³¹.

Ainsi, dans une affaire, un couple de retraités avait adhéré, en mai 2012, à un contrat d'assurance de groupe afin de garantir un prêt personnel. Les emprunteurs avaient alors adhéré à une assurance facultative garantissant le décès et la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA). En août 2012, l'assuré est décédé des suites d'une maladie dont la première constatation remontait à mai 2007. Cette maladie n'ayant pas été déclarée dans le questionnaire de santé (une déclaration de santé plus exactement), l'assureur a dénié sa garantie en opposant la fausse déclaration intentionnelle du risque (art. L. 113-8 C. assur.). Il s'agissait de traitement suivi et de surveillance médicale.

Le médiateur a donc été amené à examiner la déclaration de santé soumise à l'assuré. Il s'agissait en réalité d'une déclaration pré-rédigée où aucune case ne pouvait être cochée, ni aucune place laissée à l'expression de l'assuré, afin d'émettre une réserve ou d'exprimer une nuance ou un commentaire.

Compte tenu des documents à disposition, le procédé pour recueillir la déclaration du risque de l'assuré n'a pas été considéré comme étant opérant ici. Le médiateur a signalé que, conformément à la jurisprudence qui a depuis été rendue en 2014, l'appréciation du support de la déclaration du risque était une étape préalable à toute interrogation sur le fond, c'est-à-dire une déclaration fautive ou inexacte, de bonne ou de mauvaise foi. Si le support ne permet pas de considérer que telles questions ont été posées et qu'il a été obtenu telles réponses, il importe peu de s'interroger sur la bonne ou mauvaise foi du souscripteur, ou les autres conditions des sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Quelle que soit son opinion, par ailleurs, comme à son habitude, le médiateur applique la jurisprudence explicite de la Cour de cassation. Il attire donc tout spécialement l'attention de tous sur l'analyse de l'article L. 113-2 du Code des assurances par la Haute Cour, partant sur les exigences strictes relatives au questionnaire de déclaration du risque.

En outre, dans ce dossier, l'épouse de l'assuré avait indiqué que le banquier, intermédiaire pour la distribution du contrat d'assurance, avait bien connaissance de l'état de santé de son époux.

Panorama qualitatif 2013

Sur ce point, le médiateur a de nouveau rappelé la jurisprudence qui se fonde sur l'article L. 511-1, III, du Code des assurances, selon laquelle dès lors que le mandataire de l'assureur a eu connaissance du profil du risque, lors de la souscription ou de l'adhésion, l'assureur, mandant, est réputé disposer de cette information, si bien qu'il ne peut appliquer la nullité de la police, avec ses effets.

Assurance vie en cas de décès et clause bénéficiaire

Un sociétaire, M. X, a deux enfants nés d'une première épouse prédécédée. Il épouse en troisièmes nocces Mme G. X, qui a elle-même trois enfants d'une précédente union. M. X, souscripteur d'un contrat d'assurance vie en cas de décès, a désigné comme bénéficiaires à parts égales, son fils, sa fille, et sa troisième épouse, par une clause bénéficiaire ainsi rédigée : « *mon épouse, Mme G. X, née Y le ... , vivante ou représentée* ». Or, Mme G. X décède une semaine avant le souscripteur, sans avoir accepté le bénéfice. Les enfants de Mme X, défunte, réclament la part revenant à leur mère, en faisant valoir leur qualité d'ayants droit. L'assureur refuse, soutenu par les enfants du premier lit de M. X, au motif que Mme X étant décédée avant M. X, elle n'avait plus la qualité d'épouse au moment du décès du souscripteur. Or, la qualité désignée dans la clause bénéficiaire, selon l'assureur, prévaut sur la dénomination par le nom de famille.

Chaque partie saisit alors le médiateur qui procède exceptionnellement à une médiation tripartite, avec l'accord de tous. On rappelle que le protocole de la médiation prévoit strictement que sont examinés les litiges opposant un assuré à son assureur, à l'exclusion des tiers³².

Le médiateur indique n'avoir nullement connaissance d'une jurisprudence qui ferait prévaloir systématiquement la qualité sur le nom du bénéficiaire. Il rappelle en outre que les textes exigent simplement la possibilité d'identifier la personne bénéficiaire du contrat. Il s'agit donc d'apprécier la volonté du souscripteur lors de la rédaction de la clause.

Ainsi, en l'occurrence, le médiateur a considéré que M. X avait réellement voulu désigner Mme X comme bénéficiaire, et qu'il avait anticipé son prédécès en ajoutant la clause de représentation. Le médiateur a donc soutenu la position des enfants de Mme X dans ce dossier, en estimant que l'assureur devait faire droit à leur demande de versement de la part revenant à leur mère, en leur qualité d'ayants droit. Il a rappelé la possibilité de saisir la justice car l'avis ne s'impose qu'aux mutuelles, en vertu du protocole.

Dans une autre affaire, le médiateur était saisi de différents problèmes dont certains relevaient davantage de la succession au regard de mouvements de fonds sur des comptes bancaires. Dans le cadre de sa compétence, le médiateur a examiné la modification de clauses bénéficiaires de plusieurs contrats par le souscripteur, assuré décédé. Un héritier réservataire, continuateur de la personne du défunt, l'avait saisi à ce sujet.

On était en présence de divers documents émanant indiscutablement du défunt, dont une lettre manuscrite signée par lui, modifiant les bénéficiaires et la répartition entre eux (sans le moindre besoin d'interprétation), qui avait été suivie d'avenants établis par l'assureur. Les

demandes de modification, avec la signature précédée de la mention « lu et approuvé », renvoyaient explicitement à la page manuscrite.

Le médiateur a relevé que tant que le bénéfice n'a pas été accepté par le bénéficiaire désigné, le souscripteur est parfaitement libre de révoquer la désignation initiale ou la suivante, de la modifier, et de substituer le ou les bénéficiaires qu'il souhaite, selon les modalités qu'il précise. La forme pour désigner le ou les bénéficiaires d'un contrat d'assurance vie est libre, cette désignation pouvant s'opérer, par exemple, dans un testament, ou une lettre. L'héritier considérait que les avenants étaient irréguliers car ils auraient dû comporter la mention manuscrite de son père « bon pour accord » et être datés et signés de sa main (comme s'il s'agissait de « confirmer » l'écrit précédent).

Pour le médiateur qui a repoussé cette critique, l'article L. 132-8 du Code des assurances permet tout à fait une modification de la clause bénéficiaire par voie d'avenant. L'article L. 132-9-1 du même code énonce encore que la clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Quel que soit le support utilisé, l'essentiel reste d'identifier que l'acte émane bien du souscripteur concerné et qu'il exprime indiscutablement sa volonté claire et précise. L'avenant ne fait que matérialiser le changement de volonté initiale, le cas échéant. Ici, il renvoyait explicitement à la lettre par laquelle le souscripteur a exprimé sa volonté. La modification du contrat d'assurance (la clause bénéficiaire en l'occurrence), à l'initiative du souscripteur, révoquant les désignations antérieures, n'exigeait aucunement le formalisme revendiqué pour sa validité.

³² Sur la validité de principe, CJUE, 7 nov. 2013, aff. C-442/12, Jan Sneller c/ DAS, préc., cons. 27 et 28.

Panorama qualitatif 2013

Rachat exceptionnel et plan d'épargne retraite populaire (PERP)

Si le médiateur s'est longuement étendu sur ce point dans le rapport d'activité de 2012 (pages 36-37), il n'en a pas moins eu à connaître de nombreux litiges relatifs à des demandes de rachat anticipé de PERP (dont les conditions pour permettre un rachat exceptionnel ne sont jamais réunies, en pratique, dans les dossiers soumis). Il a de nouveau fait application de l'article L. 132-23 du Code des assurances, tout en portant son intérêt sur la correcte application du devoir de conseil par l'assureur.

Toutefois, dans une espèce quelque peu différente, dans laquelle l'assuré rencontrait d'importantes contraintes financières, et alors même que sa situation ne correspondait pas à l'un des cas énumérés par le Code des assurances (point toujours vérifié), le médiateur a précisé que si l'assuré parvenait à obtenir un quitus de la part du Trésor public (car ce genre de contrat, en vue de la retraite, accorde des avantages fiscaux en contrepartie du régime juridique spécifique), et du fait de sa situation particulièrement difficile, l'assureur pourrait, peut-être, examiner une nouvelle demande de rachat anticipé. On comprend qu'il ne peut s'agir que d'une solution dérogatoire, et conditionnelle : la neutralité du Fisc afin d'éviter le redressement fiscal !

Le mot de la fin

Pour ce troisième rapport à titre personnel, qui s'ajoute à ceux produits depuis plus de deux décennies, le médiateur du GEMA répète son observation sur la croissance, encore très forte en 2013, du nombre de dossiers transmis et d'avis rendus. C'est le point véritablement marquant, pour lequel une tentative d'explication a été fournie.

Avec des efforts particulièrement soutenus, le médiateur du GEMA et ses collaborateurs ont fait face à ce nombre de réclamations qui a atteint un véritable seuil qui doit inciter, à l'avenir, à penser différemment le dispositif de médiation que les mutuelles ont mis en place dès la fin des années 1980, dans un autre environnement. Il convient néanmoins de préserver la philosophie d'un examen attentif et personnalisé de la réclamation d'un sociétaire, si l'on veut conserver l'atout principal de la médiation. Un sociétaire et sa mutuelle attendent un avis motivé.

Le médiateur du GEMA a notamment participé à des débats sur l'état de la médiation et ses évolutions³³. Il rencontre par ailleurs les responsables de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), pour faire un point sur l'activité de médiation, et présente un bilan annuel de son activité devant le Comité consultatif du secteur financier (CCSF), au sein duquel sont représentées, par exemple, les associations de consommateurs.



Cette réflexion doit s'inscrire dans un contexte plus global. En effet, pour la médiation, est attendue, au plus tard le 9 juillet 2015, la transposition de la directive 2013/11/UE du 21 mai 2013 du Parlement européen et du Conseil, relative au règlement extrajudiciaire des litiges de consommation (dite RELC), modifiant des dispositions communautaires sur cet aspect³⁴. Elle concerne tous les secteurs de l'économie, dont le secteur financier (partant l'assurance), selon les appellations consacrées en ce domaine.

Sans entrer dans le détail, on fera observer qu'il s'agit de favoriser, dans les différents secteurs de l'économie, la médiation comme mode alternatif de règlement des litiges, avec diverses garanties, tant de compétence, d'impartialité que de transparence. Précurseur, le dispositif de médiation d'assurance du GEMA, qui existe depuis de très nombreuses années maintenant, et a fait la démonstration de son utilité, respecte dès à présent, pour l'essentiel, les principes directeurs qui résultent de ce droit communautaire. Il n'en demeure pas moins que certaines adaptations seront probablement nécessaires, une fois connu le texte de transposition de la directive auquel travaillent les autorités compétentes.

Aussi les évolutions concrètes des dernières années, comme cette prospective législative, sont l'occasion d'améliorer le dispositif de médiation toujours dans la perspective finale d'une amélioration des relations entre les sociétaires et leurs mutuelles.

David Noguéro

³³ Francia : una concepcion especial de la mediacion en seguros » (France : une conception spéciale de la médiation en assurance), 24 janv. 2013, Université de Barcelone et Riskcenter DAS, Colloque international, « La Mediacion como Método de Resolucion de Conflictos en Seguros : Nuevas oportunidades al amparo de la Ley 5/2012 » - « La médiation en assurance », 10 oct. 2013, Université du Maine, Colloque « La médiation : des textes à la pratique (La médiation civile et judiciaire - Les médiations spéciales), Gaz. Pal. 2013, n°s 356-358, p. 38.

³⁴ Modifiant le règlement (CE) n° 2006/2004 et la directive n° 2009/22/CE.

Protocole de la médiation

Les sociétés adhérentes du GEMA conviennent de mettre en place le dispositif décrit par le présent protocole, permettant à leurs assurés de pouvoir saisir le médiateur du GEMA, à l'issue d'une procédure interne de traitement de leurs réclamations. Elles s'engagent à respecter ce protocole. Leurs filiales d'assurance non adhérentes au GEMA et leurs sociétés affiliées régies par les directives européennes sur les assurances peuvent, si elles le souhaitent, adhérer à ce protocole.

Principes

Indépendance : le médiateur du GEMA est désigné par la commission exécutive en tenant compte de sa compétence et de son indépendance. Son mandat est de trois ans renouvelable. Il exerce sa mission en toute indépendance et il dispose des moyens humains et matériels nécessaires à celle-ci.

Gratuité : l'intervention du médiateur est une procédure écrite totalement gratuite.

Transparence : chaque année, le médiateur du GEMA rédige un rapport sur l'ensemble de son activité. Ce rapport est disponible sur le site internet du GEMA (www.gema.fr).

Portée : l'avis du médiateur est rendu en droit ou en équité et s'impose à la société concernée. En revanche, le sociétaire demeure libre de saisir les tribunaux de sa requête à l'issue de la procédure de médiation. En outre, les sociétés s'engagent à ne pas faire état devant les tribunaux d'un éventuel avis négatif.

Domaine

Sont concernés : les litiges relatifs aux risques du particulier opposant un assuré à une société adhérente au présent protocole ou à l'intermédiaire qui a présenté le contrat souscrit.

Sont exclus : les litiges opposant l'assuré à un tiers au contrat, à une société d'assurance non adhérente au présent protocole,

et ceux concernant les risques du professionnel. Est également exclu le contrôle de la motivation des résiliations décidées par les sociétés (si ce n'est dans l'hypothèse, exceptionnelle, dans laquelle le contrat est résilié immédiatement après un avis du médiateur).

En outre, la saisine des tribunaux fait automatiquement sortir le litige du présent dispositif.

PROCÉDURE

Le médiateur peut être saisi soit par l'assuré, soit par la société d'assurance. Chaque assuré peut présenter au maximum deux saisines au médiateur par an. En cas de comportement manifestement incorrect ou injurieux d'un assuré en cours d'instruction d'un dossier, le médiateur est libre de se dessaisir de ce dossier. Il en informe l'assuré et la société.

Respect des voies de recours internes

Le médiateur ne peut intervenir, pour rendre un avis dans le litige opposant une société d'assurance à son assuré, qu'en cas d'échec de la procédure interne de réclamation. En cas de saisine directe du médiateur, il transmet les éléments en sa possession à la société concernée et en informe l'assuré, en lui précisant qu'avant toute saisine du médiateur, le dossier doit avoir été examiné au préalable par le service interne de la société.

Chaque société dispose d'une structure interne de traitement des réclamations et

doit informer ses assurés, par tous moyens qu'elle juge appropriés (courriers, bulletins, numéro vert, etc) de l'existence de cette structure et de ses modalités de saisine, ainsi que de l'existence du médiateur du GEMA et de ses fonctions.

Dans le cadre de cette procédure interne de traitement des réclamations, les sociétés s'engagent à répondre à leurs assurés dans les plus brefs délais. À l'issue de cette procédure, elles informent leurs assurés que, si le désaccord persiste, ils ont alors la possibilité de saisir le médiateur du GEMA.

Délais

Le médiateur rend un avis dans les six mois suivant la date à laquelle il a été saisi et le transmet aux deux parties. Dans les cas, exceptionnels, où ce délai se révèle insuffisant, le médiateur en informe, de façon motivée, les deux parties. Il instruit le dossier avec le concours de celles-ci.

Les sociétés s'engagent à ne pas compter le délai pendant lequel le médiateur aura été saisi d'un dossier si elles entendent ultérieurement opposer la prescription à leur assuré. En outre, si les sociétés estiment la prescription acquise avant saisine du médiateur, elles doivent en informer explicitement l'assuré et le faire savoir, de façon motivée, au médiateur dès le premier échange de courrier avec ce dernier. À défaut, elles seront réputées avoir renoncé au bénéfice de la prescription.

Défense-recours et protection juridique

Lorsqu'une action en justice a été intentée par le, pour le, ou au nom de l'assuré dans le cadre d'une clause de défense-recours ou d'une assurance de protection juridique, le médiateur n'est compétent pour examiner, ni si le procès a été bien mené, ni si une voie de recours mérite d'être exercée.

Arbitrage

En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré au sujet des mesures à prendre pour régler un différend, le médiateur du GEMA peut être saisi, par accord écrit de la société d'assurance et de l'assuré, en tant que tierce personne au titre de l'article L. 127-4 du Code des assurances. En ce cas, il joue exceptionnellement le rôle d'arbitre dans les conditions prévues à l'article précité.

À la différence de la procédure de médiation, la décision rendue par le médiateur du GEMA dans le cadre de cet arbitrage s'impose aux deux parties, assureur et assuré.

Le médiateur du GEMA
9 rue de Saint-Pétersbourg
75008 Paris
Tél. : 01 53 04 16 00
Fax : 01 45 22 59 17
mediation@gema.fr

Publications et adresses utiles

Publications

Rapport annuel d'activité
de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)
[www.acpr.banque-france.fr/publications/rapports-annuels/
rapport-dactivite-2013.html](http://www.acpr.banque-france.fr/publications/rapports-annuels/rapport-dactivite-2013.html)

Rapport annuel d'activité
du Comité consultatif du secteur financier (CCSF)
[http://www.banque-france.fr/ccsf/fr/publications/
rapports/rapport-annuel-ccsf-11-12.htm](http://www.banque-france.fr/ccsf/fr/publications/rapports/rapport-annuel-ccsf-11-12.htm)

Rapport sur la médiation financière
[www.banque-france.fr/ccsf/fr/publications/autres/
mediation_financiere.htm](http://www.banque-france.fr/ccsf/fr/publications/autres/mediation_financiere.htm)

Rapport annuel d'activité
du centre européen de la consommation
[www.europe-consommateurs.eu/fr/publications/rapports-
annuels/](http://www.europe-consommateurs.eu/fr/publications/rapports-annuels/)

Commission de médiation
de la convention Aeras
[www.aeras-infos.fr/site/aeras/Accueil/Publications/
Rapports-des-instances](http://www.aeras-infos.fr/site/aeras/Accueil/Publications/Rapports-des-instances)

Adresses utiles

Le médiateur du GEMA
Groupement des entreprises
mutuelles d'assurance
9 rue de Saint-Petersbourg
75008 Paris
www.gema.fr
mediation@gema.fr

Le médiateur de la FFSA
BP 290
75425 Paris Cedex 09
www.ffsa.fr

**Centre technique
des institutions de prévoyance**
10 rue Cambacérés
75008 Paris
www.ctip.asso.fr

Le médiateur du GEMA Groupement des entreprises mutuelles d'assurance

9 rue de Saint-Pétersbourg - 75008 Paris. Tél. : 01 53 04 16 00 - Fax : 01 45 22 59 17. www.gema.fr - mediation@gema.fr