

## **La dernière recommandation de la Commission des clauses abusives sur les contrats d'assurance complémentaire santé**

La Commission des clauses abusives a produit une recommandation (n° 2017-01) relative aux contrats d'assurance complémentaire santé qui a été publiée au BOCCRF n° 2 du 19 février 2018.

Après avoir explicité la légitimité de la Commission à examiner les contrats collectifs en rappelant notamment que l'adhésion au contrat d'assurance de groupe, bien que conséquence d'une stipulation pour autrui, n'en crée pas moins, entre l'adhérent et l'assureur, qui l'agrée, un lien contractuel direct.

Après une analyse juridique approfondie de 38 clauses qui sont apparues problématiques, la Commission des clauses abusives recommande que soient éliminées, pour les contrats individuels ou collectifs :

### **Des clauses stipulées dans les contrats régis par le code de la mutualité, les clauses ayant pour objet ou pour effet :**

- 1°) De permettre au professionnel de se dispenser de la notification préalable à l'adhérent de la modification d'éléments essentiels du contrat ;
- 2°) D'autoriser le professionnel à prévoir l'exclusion d'un adhérent pour des motifs étrangers à l'exécution du contrat ou insuffisamment précis ;
- 3°) De permettre à la mutuelle de percevoir la totalité de la cotisation mensuelle en cas de décès de l'adhérent en cours de mois, sans aucune contrepartie, en l'absence d'autre bénéficiaire de la couverture ;
- 4°) D'autoriser le professionnel à modifier unilatéralement le tarif déterminant les cotisations, indépendamment de toute demande de modification des garanties émanant du consommateur et hors l'échéance annuelle de reconduction du contrat ;

### **Des clauses communes aux contrats régis par le code de la mutualité, le code des assurances et le code de la sécurité sociale, les clauses ayant pour objet ou pour effet :**

- 5°) De ne pas remettre au consommateur par écrit ou sur un autre support durable les documents contractuels ;
- 6°) De laisser croire à la conclusion immédiate du contrat d'assurance souscrit par téléphone à la date de l'entretien téléphonique sans communication préalable du dossier d'adhésion par écrit ou sur un autre support durable, hors l'hypothèse où la demande d'assurance est à l'initiative du consommateur ;
- 7°) D'entretenir l'ambiguïté sur la date de la conclusion du contrat, pendant un délai indéfini laissé à la discrétion du professionnel ;
- 8°) De prévoir un engagement ferme du consommateur, alors que l'exécution des prestations du professionnel est assujettie à une condition dont la réalisation dépend de sa seule volonté ;

- 9°) De priver le consommateur, après la conclusion du contrat, du bénéfice des garanties jusqu'au paiement de la cotisation, en dehors des conditions prévues à l'article L. 113-3 du code des assurances ;
- 10°) De laisser croire au consommateur qu'il ne dispose pas du délai légal de renonciation prévu à l'article L. 112-2-1, II,1°, du code des assurances ;
- 11°) De priver le consommateur d'une année entière d'assurance en contrepartie de la cotisation annuelle fixée lors de la souscription du contrat ;
- 12°) De sanctionner une fraude non précisément définie par la privation du droit aux prestations, hors les cas d'omission ou de fausse déclaration intentionnelle dûment établie par l'assureur ;
- 13°) De prévoir, contrairement au code des assurances, des exclusions de garanties qui ne sont ni formelles ni limitées et sans informer le consommateur que la preuve des exclusions incombe à l'assureur, de même que celle de la faute intentionnelle ou dolosive ;
- 14°) De prévoir que le consommateur ne sera pas remboursé de ses frais antérieurs de deux ans à la date de leur présentation, sans préciser le point de départ de ce délai quant à la date des frais (consultation, soins, facturation) ;
- 15°) D'exclure de la garantie la totalité des maladies, affections ou accidents antérieurs à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie, sans les définir précisément ;
- 16°) D'obliger le consommateur à déclarer ses pathologies cancéreuses sans prévoir un délai à partir duquel il n'est plus tenu de les déclarer ;
- 17°) De constater l'adhésion du consommateur à une stipulation dont il n'a pas une connaissance effective au moment de la formation du contrat en raison de son caractère imprécis ;
- 18°) De laisser croire que, pour les contrats dits « solidaires et responsables », des délais de carence ou d'attente peuvent s'appliquer sur les frais d'hospitalisation ;
- 19°) De laisser croire que la déchéance de garantie est encourue pour fausses déclarations et utilisation de documents ou justificatifs inexacts, sans que l'assureur ait à établir le caractère frauduleux de la déclaration ;
- 20°) De prévoir une déchéance de garantie automatique en cas de déclaration tardive, sans que l'assureur ait à justifier d'un préjudice ;
- 21°) d'autoriser l'assureur à laisser le consommateur ne pas bénéficier du remboursement dû au titre de la garantie par lui souscrite, pendant un délai indéterminé ;
- 22°) De laisser croire au consommateur que le professionnel peut instituer un délai plus court que le délai légal pour obtenir le remboursement de ses dépenses de santé ;
- 23°) De laisser croire au consommateur que, pour obtenir le remboursement des prestations, il n'a pas à consentir au recueil de ses données de santé ;
- 24°) D'imposer le prélèvement automatique comme unique mode de paiement ;
- 25°) D'imposer des frais au consommateur en cas de paiement par chèque ;
- 26°) De mettre à la charge du consommateur des frais indéfinis, en cas d'impayés, à la convenance du professionnel ;

- 27°) De mettre à la charge du consommateur des pénalités forfaitaires sans justifier des frais engagés pour le recouvrement des sommes dues, dans leur nature et leur montant, et sans indiquer qu'en ce qui concerne le recouvrement amiable, il appartient au juge de déterminer si des frais nécessaires peuvent être laissés en tout ou partie à la charge du débiteur de mauvaise foi ;
- 28°) De donner une information imprécise, au regard des prescriptions légales, sur les frais mis à la charge du consommateur en cas de non-paiement ;
- 29°) De priver le consommateur de son droit d'accès à la télétransmission de ses demandes de remboursement direct auprès de son nouvel organisme d'assurance complémentaire, en cas de défaut de paiement des cotisations ;
- 30°) De prévoir une procédure « d'expertise médicale » par le médecin-conseil de l'assureur ou tout praticien désigné par ce dernier sans informer le consommateur de la faculté de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son médecin traitant ;
- 31°) De permettre au professionnel de mettre en œuvre un traitement des données nominatives concernant ses adhérents, sans les informer clairement de leur droit d'accès, de rectification et d'opposition ;
- 32°) De laisser croire que le professionnel peut résilier le contrat en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude, sans avoir à respecter les prescriptions légales prévues en pareil cas ;
- 33°) De prévoir que le professionnel résilie le contrat en cas d'aggravation du risque, sans autre précision, en méconnaissance des prescriptions législatives qui interdisent la résiliation du contrat pour cause d'aggravation de l'état de santé ;
- 34°) D'autoriser le professionnel à procéder, en cas d'une dette alléguée par lui, à des retenues d'office sur les prestations auxquelles le consommateur peut prétendre, alors même que cette dette peut ne pas être certaine, liquide et exigible ;
- 35°) De laisser croire au consommateur qu'il ne lui est pas possible de résilier son contrat en dehors des cas qu'elle prévoit, sans mentionner ceux prévus à l'article L. 112-3 du code des assurances ;
- 36°) De laisser croire au consommateur qu'il ne peut saisir le médiateur qu'après extinction de la procédure interne de règlement des réclamations, au surplus sans rappeler la nécessité d'introduire la demande auprès du médiateur dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du professionnel, et, par voie de conséquence, de supprimer ou entraver les voies de recours du consommateur ;
- 37°) De donner une information imprécise et incomplète au regard des prescriptions légales sur les modes de règlement amiable et contentieux des litiges ;
- 38°) De prévoir un délai de réponse du médiateur de la consommation supérieur à celui prévu par la réglementation, de soumettre le recours au juge à un préalable de médiation de la consommation et de prévoir que l'avis du médiateur s'impose aux parties.