

Recommandation de la Commission des clauses abusives n°2017-01 relative aux contrats d'assurance complémentaire santé.

La Commission des clauses abusives,

Vu les dispositions du code de la consommation et, notamment, les articles L. 212-1 à L. 212-3 et R. 212-1 à R. 212-5 ;

Vu le code des assurances, notamment son livre I et ses titres I, III et IV;

Vu le code de la mutualité, notamment ses livres I et II ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son livre IX et ses titres I, III et IV ;

Vu le code monétaire et financier et, notamment, son article L.112-12 ;

Vu le code des procédures civiles d'exécution et, notamment, son article L.111-8 ;

Vu la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux assurés contre certains risques, dite loi EVIN ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et, notamment, son article 34 ;

Vu la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, modifiée par la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014, notamment son article 56 ;

Vu le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales ;

Entendu les représentants des professionnels concernés ;

Considérant que les contrats d'assurance complémentaire santé constituent une protection du consommateur, en ce qu'ils permettent la prise en charge de tout ou partie des frais liés à la santé en complément des remboursements de l'assurance maladie obligatoire ; que tous ces contrats peuvent couvrir l'individu et sa famille ; qu'ils peuvent être souscrits à titre individuel par les assurés eux-mêmes, ou souscrits par une entité, par exemple un employeur, pour le compte de bénéficiaires adhérent, sans négociation individuelle, à ce contrat dit collectif, l'adhésion étant soit facultative soit obligatoire, rassemblant ainsi dans un contrat unique un ensemble de personnes appelées à bénéficier des prestations de l'assurance maladie complémentaire ; que, depuis l'adoption de la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, l'adhésion au contrat collectif est obligatoire dans le cadre de l'entreprise ;

Que l'article L. 212-1 du code de la consommation, qui dispose que la protection contre les clauses abusives s'applique aux contrats conclus entre professionnels et consommateurs, doit être interprété à la lumière de l'article 3, paragraphe 1, de la directive 93/13/CEE du 5 avril

1993, selon lequel : « une clause d'un contrat n'ayant pas fait l'objet d'une négociation individuelle est considérée comme abusive lorsque, en dépit de l'exigence de bonne foi, elle crée au détriment du consommateur un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties découlant du contrat » ; qu'ainsi, cette disposition s'attache exclusivement à un critère quant au champ d'application de la réglementation protectrice : celui de l'absence de négociation individuelle ; que, dans les contrats d'assurance complémentaire santé collectifs, l'adhérent bénéficiaire est un consommateur qui n'a pas individuellement négocié les stipulations contractuelles ;

Qu'il convient encore de rappeler 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'a agréé, un lien contractuel direct, de nature synallagmatique, dont les stipulations relèvent, comme telles, des dispositions de l'article L. 212-1 du code de la consommation (Cass. Civ. 1ère, 22 mai 2008, n°05-21.822) ;

Considérant que les documents définissant les droits et les obligations des personnes assurées varient, dans la forme, en fonction de l'organisme de protection complémentaire, en général : pour une mutuelle : les statuts et règlements ; pour une institution de prévoyance : le règlement ou le contrat ; pour une société d'assurance : le contrat ou la police ; que, pour chaque organisme de protection complémentaire, quel que soit le mode de souscription proposé : à titre individuel ou à titre collectif (facultatif ou obligatoire), ou dans le cadre de l'entreprise, les professionnels ont l'obligation de remettre au consommateur, outre les documents définissant les droits et obligations des personnes assurées, des notices d'information qui définissent les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque, les clauses de nature à créer un déséquilibre significatif dans les relations entre professionnels et consommateurs au détriment de ceux-ci sont soit des clauses propres à chacun des organismes de protection complémentaire, soit des clauses communes à l'ensemble d'entre eux ;

I - CONTRATS REGIS PAR LE CODE DE LA MUTUALITE

A - Clauses relatives à l'information des consommateurs

1°) Considérant que certains contrats individuels ou collectifs à adhésion facultative stipulent que chacun des membres de la mutuelle « est informé par tout moyen dont la revue de la Mutuelle » des modifications apportées aux statuts, règlement intérieur, règlement mutualiste et notices d'information, ou encore à la liste des services et établissements d'action sociale auxquels il peut avoir accès ainsi qu'à celle des organismes auxquels la mutuelle adhère ou auxquels elle est liée, ainsi qu'aux obligations et droits qui en découlent, lorsque ces modifications ne résultent pas d'une évolution de la réglementation ;

Que cette clause autorise la mutuelle à informer les adhérents, par tout moyen à sa convenance, des modifications apportées aux documents contractuels, même si ses modifications portent sur des éléments essentiels du contrat, alors que de telles modifications, doivent faire l'objet d'une notification individuelle préalable à l'adhérent ;

Qu'à cet égard, le code de la mutualité prévoit, en ses articles L. 114-7-1, L. 221-5 et L. 221-

6, des dispositions relatives à la notification à l'adhérent des modifications touchant aux montants des cotisations ou des prestations ;

Que la clause susmentionnée laisse croire que le professionnel peut modifier unilatéralement des éléments essentiels du contrat sans être tenu d'informer individuellement le consommateur dans un délai raisonnable pour lui permettre le cas échéant, de résilier le contrat avec effet immédiat ;

Qu'elle est irréfragablement présumée abusive au sens de l'article R. 212-1, 3°, du code de la consommation, sans pouvoir bénéficier de la dérogation prévue par l'article R. 212-4, alinéa 3 ;

B - Clauses relatives à la démission, radiation et exclusion

2°) Considérant qu'un contrat à durée déterminée prévoit que la mutuelle peut décider d'exclure un adhérent pour des motifs étrangers à l'exécution du contrat ou insuffisamment précis :

« - ceux dont l'attitude ou la conduite est susceptible de porter un préjudice moral à la mutuelle ;

- ceux qui sont définitivement frappés d'une condamnation grave » ;

Que, dès lors, une telle clause est de nature à créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au détriment des consommateurs ;

3°) Considérant qu'un contrat prévoit qu'en cas de décès de l'adhérent, « la radiation intervient au 1er jour du mois suivant la date du décès, les cotisations n'étant dues que jusqu'à cette date » ; que cette clause est abusive en ce qu'elle autorise la mutuelle à percevoir une cotisation, sans aucune contrepartie, en l'absence d'autre bénéficiaire de la couverture ;

C - Clauses relatives à la révision des cotisations

4°) Considérant que certains contrats stipulent que la mutuelle peut modifier unilatéralement le tarif déterminant les cotisations, indépendamment de toute demande de modification des garanties émanant du consommateur, à tout moment, hors l'échéance annuelle de reconduction du contrat ; qu'en outre, elles autorisent la mutuelle à prélever de plein droit la nouvelle cotisation ;

Que ces clauses, qui ont pour effet de réserver au professionnel le droit de modifier unilatéralement la clause du contrat relative au prix, sont irréfragablement présumées abusives en application de l'article R. 212-1, 3°, du code de la consommation ;

II - CONTRATS REGIS PAR LE CODE DE LA MUTUALITE, LE CODE DES ASSURANCES ET LE CODE DE LA SECURITE SOCIALE

A - Clauses relatives aux modalités d'adhésion en cas de vente à distance

a) Sur l'absence de remise des conditions contractuelles par écrit ou sur un autre support durable

5°) Considérant qu'un contrat comporte une clause qui ne prévoit pas que les documents contractuels soient remis au consommateur par écrit ou sur un autre support durable ; que cette clause stipule « Si vous adhérez à l'une des Conventions à distance par Internet sur le site d'X, en signant électroniquement la demande d'adhésion, Vous manifestez votre accord sur les conditions de votre adhésion dont Vous avez au préalable pris connaissance et Vous Vous engagez sur l'exactitude de l'ensemble de vos déclarations. Une fois votre adhésion finalisée, Vous recevrez un mail de confirmation à l'adresse électronique que Vous Nous aurez communiquée, attestant de l'enregistrement de votre adhésion par X. Votre adhésion est réputée conclue à la date d'envoi dudit mail de confirmation. Ce mail contiendra un lien Vous permettant d'accéder à nouveau à l'ensemble de vos documents contractuels.

Les documents signés sont archivés par X chez un tiers certifié et serviront de preuve en cas de différend sur l'application des conditions du contrat.

Votre adhésion à l'une des Conventions est soumise à l'acceptation préalable d'X. Votre adhésion sera matérialisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion» ;

Qu'une telle clause méconnaît l'article L. 222-6 du code de la consommation, qui dispose :

« Le consommateur reçoit, par écrit ou sur un autre support durable à sa disposition et auquel il a accès en temps utile et avant tout engagement, les conditions contractuelles ainsi que les informations mentionnées à l'article L. 222-5. Elles sont fournies au consommateur conformément aux dispositions législatives et réglementaires spécifiques à chaque produit, instrument financier ou service proposé.

Le fournisseur exécute ses obligations de communication immédiatement après la conclusion du contrat, lorsque celui-ci a été conclu à la demande du consommateur en utilisant une technique de communication à distance ne permettant pas la transmission des informations précontractuelles et contractuelles sur un support papier ou sur un autre support durable.

Dans ce cas et lorsque le contrat porte sur une opération mentionnée au premier alinéa de l'article L. 312-84, le fournisseur n'est tenu de communiquer au consommateur que les seules informations contractuelles. A tout moment au cours de la relation contractuelle, le consommateur a le droit, s'il en fait la demande, de recevoir les conditions contractuelles sur un support papier. En outre, le consommateur a le droit de changer les techniques de communication à distance utilisées, à moins que cela ne soit incompatible avec le contrat à distance conclu ou avec la nature du service financier fourni ».

Qu'en application de l'article L. 221-1 du code de la consommation, le support durable est défini comme suit :

« 3° "Support durable" tout instrument permettant au consommateur ou au professionnel de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement afin de pouvoir s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations stockées » ;

Que cette définition reprend celle de l'article 2-10 de la directive 2011/83/UE relative aux

droits des consommateurs, qui dispose que constitue un support durable "tout instrument permettant au consommateur ou au professionnel de stocker des informations qui lui sont adressées personnellement d'une manière permettant de s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction à l'identique des informations stockées". Le considérant 23 de cette même directive précise en outre : « Au nombre des supports durables devraient figurer, en particulier, le papier, les clés USB, les CD-Rom, les DVD, les cartes à mémoire ou les disques durs d'ordinateur ainsi que les courriels » ;

Que, dans ces conditions, les obligations d'information définies par l'article L. 222- 6 du code de la consommation sont considérées comme satisfaites si la technique de communication utilisée a permis de remettre effectivement les informations au consommateur, par exemple lorsque l'offre a été adressée par courrier classique ou par messagerie électronique ;

Que, par un arrêt du 5 juillet 2012 (CJUE, C-49/11, Content Services), la CJUE a dit pour droit que :

« L'article 5, paragraphe 1, de la directive 97/7/CE du Parlement européen et du Conseil, du 20 mai 1997, concernant la protection des consommateurs en matière de contrats à distance, doit être interprété en ce sens qu'une pratique commerciale qui consiste à ne rendre accessibles les informations prévues à cette disposition que par un hyperlien sur un site Internet de l'entreprise concernée ne satisfait pas aux exigences de ladite disposition, dès lors que ces informations ne sont ni «fournies» par cette entreprise ni «reçues» par le consommateur, au sens de cette même disposition, et qu'un site Internet tel que celui en cause au principal ne peut être considéré comme un «support durable» au sens dudit article 5, paragraphe 1 » ;

Que, par un arrêt du 25 janvier 2017 (CJUE, C-375/15, BAWAG PSK Bank für Arbeit und Wirtschaft und Österreichische Postsparkasse AG contre Verein für Konsumenteninformation), la Cour a également dit pour droit que :

« L'article 41, paragraphe 1, et l'article 44, paragraphe 1, de la directive 2007/64/CE du Parlement européen et du Conseil, du 13 novembre 2007, concernant les services de paiement dans le marché intérieur, modifiant les directives 97/7/CE, 2002/65/CE, 2005/60/CE ainsi que 2006/48/CE et abrogeant la directive 97/5/CE, telle que modifiée par la directive 2009/111/CE du Parlement européen et du Conseil du 16 septembre 2009, lus en combinaison avec l'article 4, point 25, de cette directive, doivent être interprétés en ce sens que les modifications des informations et des conditions, prévues à l'article 42 de ladite directive, ainsi que les modifications du contrat-cadre, qui sont transmises par le prestataire de services de paiement à l'utilisateur de ces services au moyen d'une boîte à lettres électronique intégrée à un site Internet de banque en ligne, ne sauraient être considérées comme étant fournies sur un support durable au sens de ces dispositions, que si les deux conditions sont réunies :

- ce site Internet permet à cet utilisateur de stocker les informations qui lui ont été personnellement adressées de manière qu'il puisse y accéder et les reproduire à l'identique, pendant une durée appropriée, sans qu'aucune modification unilatérale de leur contenu par ce prestataire ou par un autre professionnel ne soit possible,
- et, si l'utilisateur de services de paiement est obligé de consulter ledit site Internet afin de prendre connaissance desdites informations, la transmission de ces informations est

accompagnée d'un comportement actif du prestataire de services de paiement destiné à porter à la connaissance de cet utilisateur l'existence et la disponibilité desdites informations sur ledit site Internet.

Dans l'hypothèse où l'utilisateur de services de paiement est obligé de consulter un tel site afin de prendre connaissance des informations considérées, celles-ci sont simplement mises à disposition de cet utilisateur, au sens de l'article 36, paragraphe 1, première phrase, de la directive 2007/64, telle que modifiée par la directive 2009/111, lorsque la transmission de ces informations n'est pas accompagnée d'un tel comportement actif du prestataire de services de paiement » ;

Que la clause examinée ne satisfait pas à l'obligation d'information édictée par l'article L. 222-6 précité, tel qu'interprété par la CJUE, dès lors qu'elle prévoit la fourniture, dans un courriel, d'un lien vers des documents contractuels conservés dans un espace non précisé, dont la durabilité n'est pas garantie ;

Que, si les conditions légales, résultant notamment du droit de l'Union Européenne, ne sont pas remplies, une clause contractuelle est abusive ;

Qu'en outre, la clause est illicite au regard de l'ordonnance n° 2017-1433 du 14 octobre 2017 relative à la dématérialisation des relations contractuelles dans le secteur financier, en vigueur à dater du 1^{er} avril 2018, laquelle définit notamment dans le code des assurances, le code de la mutualité et le code de la sécurité sociale, d'une part, la notion de support durable, en reprenant la même définition que celle mentionnée à l'article L. 221-1 du code de la consommation, d'autre part, les obligations du professionnel qui souhaite fournir ou mettre à disposition des informations ou des documents sur un support durable autre que le papier, ainsi que le fonctionnement des espaces personnels sécurisés mis à la disposition du client, notamment s'agissant de la durée de conservation de ces informations ; qu'en effet, en application des articles 1^{er}, 23 et 25 de l'ordonnance, constitue un support durable tout instrument qui permet de stocker des informations personnellement adressées à l'assuré, afin que celui-ci puisse "s'y reporter ultérieurement pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées, et qui permet la reproduction à l'identique des informations conservées" ; que, selon ces mêmes dispositions, le professionnel vérifie "au préalable que ce mode de communication est adapté à la situation" de l'assuré, il s'assure que celui-ci "est en mesure de prendre connaissance de ces informations et documents sur le support durable envisagé", et, lorsqu'il met à disposition de son client un espace personnel sécurisé sur internet, il doit garantir "l'accessibilité des informations et documents conservés dans cet espace pendant une durée adaptée à leur finalité. Pour les documents précontractuels et contractuels, cette durée ne peut être inférieure à cinq ans après la fin de l'adhésion. Lorsque l'assureur envisage de ne plus rendre accessible ces informations et documents, il en informe préalablement dans un délai qui ne peut être inférieur à deux mois, l'assuré par tout moyen adapté à la situation de ce dernier " ;

Qu'enfin, en application de l'article 30 de l'ordonnance, "pour l'application de la présente ordonnance aux règlements, contrats, et adhésions souscrits antérieurement au 1er avril 2018, lorsque le professionnel souhaite modifier le support sur lequel il fournit ou met à disposition, y compris, le cas échéant, contre récépissé, des informations ou des documents à un client au moyen d'un support durable autre que le papier, il s'assure préalablement que ce mode de communication est adapté à sa situation ; il informe le client de façon claire, précise et

compréhensible, sur support papier et par envoi distinct, de la poursuite de la relation commerciale sur un support durable autre que le papier, et de la possibilité dont le client dispose de s'y opposer par tout moyen. Selon les mêmes modalités, les clauses de ces règlements, contrats et adhésions sont rendus si nécessaire conformes aux dispositions de la présente ordonnance" ;

Que, dès lors, cette clause est illicite et, maintenue dans les contrats, abusive ;

b) Sur la date d'adhésion

6°) Considérant qu'un contrat prévoit que l'adhésion du consommateur au contrat d'assurance souscrit par téléphone est faite à la date de l'entretien téléphonique, sans communication préalable du dossier d'adhésion par écrit ou sur un autre support durable, et sans que le contrat mentionne si la demande d'assurance est à l'initiative du consommateur, est de nature à laisser croire à la conclusion immédiate du contrat ;

7°) Considérant qu'en outre, ce même contrat stipule que l'adhésion du consommateur emporte formation du contrat, tout en conditionnant celle-ci à son acceptation par l'assureur formalisée par l'émission d'un certificat d'adhésion ;

Qu'il résulte de la combinaison de ces stipulations une ambiguïté quant à la date de la conclusion du contrat ; qu'au surplus, cette ambiguïté est maintenue pendant un délai indéfini, laissé à la discrétion du professionnel ;

Que cette clause crée un déséquilibre significatif entre les droits et les obligations des parties au détriment du consommateur ;

c) Clauses relatives à la prise d'effet des garanties

8°) Considérant que des clauses stipulent que l'adhésion est soumise à « l'acceptation préalable du professionnel », que celle-ci sera matérialisée par l'émission d'un certificat d'adhésion et que les garanties prennent effet à la date indiquée sur ce certificat ;

Qu'il résulte de ces clauses que la date d'effet du contrat figurant sur le certificat d'adhésion peut être choisie par le professionnel, alors même que celle-ci peut être déterminante pour le consommateur en vue de connaître la date de prise en charge de ses frais de santé ;

Que de telles stipulations sont contraires à l'article R. 212-2 du code de la consommation qui dispose : « Dans les contrats conclus entre des professionnels et des non-professionnels ou des consommateurs, sont présumées abusives au sens des dispositions du premier et du deuxième alinéa de l'article L. 212-1, sauf au professionnel à rapporter la preuve contraire, les clauses ayant pour objet ou pour effet de :

1° Prévoir un engagement ferme du non-professionnel ou du consommateur, alors que l'exécution des prestations du professionnel est assujettie à une condition dont la réalisation dépend de sa seule volonté » ;

Qu'elles sont donc présumées abusives ;

9°) Considérant que ces mêmes clauses prévoient, alors que le contrat est formé, que les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion « sous réserve du paiement de la cotisation » ;

Que, néanmoins, les mêmes contrats énoncent que l'adhésion est conclue à la date de signature du document écrit en cas de demande d'adhésion papier, à la date de l'entretien téléphonique au cours duquel l'adhérent a demandé à adhérer ou à la date du mail de confirmation de l'adhésion par voie électronique ;

Qu'il en résulte qu'alors que le contrat est conclu, les clauses examinées ont pour effet de priver l'adhérent du bénéfice des garanties contractuelles jusqu'au paiement de la cotisation, en contravention avec les dispositions de l'article L. 113-3 du code des assurances qui fixent les conditions de forme et de délai permettant la suspension des garanties et, le cas échéant, la résiliation du contrat en cas de défaut de paiement ;

d) Sur le point de départ du délai de renonciation

10°) Considérant que des clauses relatives au délai de renonciation prévoient que ce délai court à compter de la date d'adhésion par téléphone et avant réception des conditions contractuelles sur support durable ;

Que l'article L. 112-2-1, II, 1°, du code des assurances prévoit, en cas de vente à distance, deux hypothèses déterminant le point de départ du délai de renonciation de quatorze jours calendaires :

« II.-1° Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de quatorze jours calendaires révolus pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

a) Soit à compter du jour où le contrat à distance est conclu ;

b) Soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions contractuelles et les informations, conformément à l'article L. 222-6 du code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle mentionnée au a » ;

Qu'en ne prévoyant pas ces deux hypothèses, ces clauses laissent croire au consommateur qu'il ne peut bénéficier des délais institués par la loi ; qu'elles créent donc un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au détriment du consommateur ;

B - Autres clauses

a) Clause relative à l'indétermination de la cotisation

11°) Considérant qu'une clause prévoit que la cotisation peut évoluer de la façon suivante : « Votre cotisation évolue contractuellement de trois pour cent (3%) au premier

(1er) janvier de chaque année.

A ces taux, peut s'ajouter l'augmentation due à l'évolution de la consommation médicale du groupe assuré. La composition du groupe tient compte de l'Année d'Adhésion, de l'âge de chaque Assuré, de la zone géographique de la Résidence, de la composition de la famille assurée, du Régime Obligatoire et des garanties souscrites.

Les augmentations de cotisations ont lieu :

- chaque année au 1er janvier,
- ou éventuellement en cours d'année si les montants pris en charge par les conventions d'assurance complémentaire santé venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la Sécurité Sociale ».

Considérant que ces clauses peuvent avoir pour effet d'entraîner une augmentation de la cotisation dès le premier janvier de l'année civile et conduire à une majoration de la cotisation annuelle initialement fixée avant l'expiration d'une année pleine, au surplus dans une proportion non connue par avance ;

Que de telles clauses sont de nature à créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties, dès lors que le consommateur ne pourra bénéficier d'une année entière d'assurance en contrepartie de la cotisation annuelle contractuellement fixée à la souscription du contrat;

b) Clause relative à la privation du droit aux prestations

12°) Considérant qu'une clause stipule « En cas de fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée, en vue de bénéficier des avantages prévus par les statuts et règlements mutualistes, le conseil d'administration peut, après avoir recueilli l'avis de la section et les explications de l'intéressé, prononcer la privation du droit aux prestations sans préjudice des mesures prévues au paragraphe 1 » ;

Que, selon cette clause, la privation du droit aux prestations est prononcée en cas de « fraude ou de tentative de fraude nettement caractérisée », sans que la notion de « fraude » soit précisément définie, de sorte qu'il serait possible de laisser croire que celle-ci pourrait viser une inexactitude, une omission, une réticence, sans que l'assureur ait à démontrer l'intentionnalité ; que, par ailleurs, cette clause ne rappelle pas que la preuve de la mauvaise foi incombe à l'assureur ;

Qu'elle crée un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au détriment du consommateur ;

c) Clauses relatives à la définition et aux exclusions de garanties

13°) Considérant qu'une clause stipule que la garantie est exclue pour les dépenses « résultant de soins donnés à la suite de :
- tout acte volontaire de l'assuré » ;

Que l'expression « tout acte volontaire de l'assuré » ne définit pas un tel acte ; que la

recommandation n° 90-01 concernant les contrats d'assurance complémentaire à un crédit à la consommation ou immobilier ou à un contrat de location avec option d'achat recommande à cet égard de remplacer de telles expressions par la notion plus restrictive de « faute intentionnelle ou dolosive » prévue à l'article L. 113-1 du code des assurances qui dispose : « Les pertes et les dommages occasionnés par des cas fortuits ou causés par la faute de l'assuré sont à la charge de l'assureur, sauf exclusion formelle et limitée contenue dans la police. Toutefois, l'assureur ne répond pas des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré » ;

Que la même recommandation rappelle que, selon une jurisprudence constante, la charge de la preuve des exclusions incombe à l'assureur, de même que celle de la faute intentionnelle ou dolosive ; qu'à cet égard, elle recommande d'insérer dans les contrats une mention informative sur ce point ;

Qu'elle crée un déséquilibre entre les droits et obligations des parties au détriment du consommateur ;

14°) Considérant qu'un contrat prévoit que ne sont pas pris en charge : « (...) les frais antérieurs de deux ans à la date de leur présentation (...) » ;

Que cette clause stipule que la prise en charge ne porte pas sur « les frais antérieurs de deux ans à la date de leur présentation » sans plus de précisions, notamment sur le point de départ de ce délai, lequel pourrait être la date de la consultation, celle des soins ou encore celle de la date de facturation ; que cette imprécision est en contravention avec l'article L. 113-1 du code des assurances qui prévoit que les exclusions conventionnelles de garantie doivent être formelles et limitées de façon à permettre à l'assuré de connaître exactement l'étendue de la garantie convenue ;

Qu'elle est donc illicite et, maintenue dans un contrat, abusive ;

15°) Considérant que des contrats individuels ou des contrats collectifs à adhésion facultative ou obligatoire prévoient que :

« Toutes les conséquences des maladies, affections ou accidents antérieurs à la date d'adhésion ou à la date d'entrée en vigueur de la garantie ne donnent pas droit à prise en charge de la part de la mutuelle, quelle que soit la garantie choisie par le membre participant. (...) »

ou encore que :

« Sont exclus de la garantie de la mutuelle :

- les soins, actes médicaux ou hospitalisations commencés ou prescrits avant la date d'adhésion ou de modification de garantie ;
- les soins, actes médicaux ou hospitalisation débutant ou prescrits pendant la période de stage (...) » ;

Que ces clauses de portée générale qui n'identifient pas les maladies, affections ou accidents exclus, sont contraires aux articles 2 et 3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (loi EVIN) qui exigent que la ou les maladies antérieures dont les suites ne sont pas prises en charge soient clairement mentionnées dans le contrat individuel ou dans le certificat d'adhésion au contrat collectif ; qu'elles sont donc illicites et, maintenues dans les contrats,

abusives ;

16°) Considérant que ces mêmes contrats ne prévoient pas que l'assuré n'est pas tenu de signaler des incidents médicaux qui ne se sont plus manifestés depuis une époque précise ; que cette clause, examinée à la lumière de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé qui, instaurant un droit à l'oubli, a fixé à dix ans maximum après la fin du protocole thérapeutique, le délai au terme duquel aucune information médicale relative aux pathologies cancéreuses ne peut être demandée par les organismes d'assurance ;

Que cette clause peut être qualifiée d'abusive en ce qu'elle ne permet pas au consommateur souscripteur d'une assurance complémentaire santé de bénéficier d'un tel droit à l'oubli ;

d) Clause relative aux tableaux de remboursement

17°) Considérant qu'une clause stipule que le remboursement du régime obligatoire et de la mutuelle s'effectue de la façon suivante :

« HONORAIRES MEDICAUX – CONVENTIONNE

Consultation, visites : médecin traitant ou généraliste : M1 100% M2 100% M3 125% M4 150% M5 200% (...)

PHARMACIE : Médicament pris en charge à 15% par le RO : M1 80% M2 80% M3 80% M4 80% M5 80% (...) » ;

Que cette clause exprime la garantie en pourcentage, sans préciser à quoi se rapporte ce pourcentage, notamment s'il s'agit de la base de remboursement de l'assurance maladie, ou s'il s'agit de tout ou partie des frais réels payés par le consommateur ; que, pour une meilleure compréhension, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) préconise que la base de remboursement soit toujours indiquée au consommateur ; qu'une telle clause est abusive en ce qu'elle constate 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 incompréhensible ;

e) Clauses relatives aux délais de carence ou délai d'attente

18°) Considérant que certains contrats dits « solidaires et responsables » prévoient un « délai de carence » ou un « délai d'attente » entre un et trois mois pendant lequel les frais relatifs à l'hospitalisation ne seraient pas pris en charge, sauf en cas d'accident ou d'existence d'un contrat précédent ; que, cependant, en application du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales, dits contrat « solidaires et responsables », la prise en charge, obligatoire, de l'intégralité des dépenses relatives au ticket modérateur pour les soins de ville et les frais d'hospitalisations interdit le report de la couverture (délai de carence) ainsi que les limitations de durée pour le bénéfice des garanties concernées ;

Qu'en laissant croire que des délais de carence ou d'attente peuvent s'appliquer sur les frais d'hospitalisation, ces clauses sont illicites et, maintenues dans les contrats, abusives ;

f) Clauses relatives à la déchéance des garanties lors de la déclaration du sinistre par l'assuré

19°) Considérant que certains contrats stipulent que l'assuré s'expose à la déchéance de ses garanties en cas de « fausses déclarations sur les causes, circonstances et conséquences de l'affection » et d'« utilisation de documents ou justificatifs inexacts », sans que l'assureur ait à établir la mauvaise foi de l'assuré ;

Que, le code des assurances ne prévoyant pas de manière explicite le cas de déclaration frauduleuse du sinistre par l'assuré, il est permis aux professionnels d'insérer une clause de déchéance de garantie qui, pour être valable, doit être claire et écrite en caractères très apparents ; que l'insertion d'une telle clause n'exonère pas l'assureur de prouver, le cas échéant, le caractère frauduleux de la déclaration ;

Que cette clause, qui laisse 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, est abusive ;

20°) Considérant que certains contrats prévoient que l'assuré est totalement déchu de ses droits en cas de déclaration tardive d'un sinistre, définie comme se situant au-delà d'un délai donné après sa survenance ; que, selon les contrats, ce délai est de cinq jours ou six mois ; que, néanmoins, selon les articles L. 221-16 du code de la mutualité, L.932-8 du code de la sécurité sociale et L.113-2 du code des assurances, la déchéance pour déclaration tardive au-delà de cinq jours ne peut être opposée à l'assuré que si l'assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice et qu'elle ne peut être opposée dans tous les cas où le retard est dû à un cas fortuit ou de force majeure ; que, dès lors, cette clause est illicite et, maintenue dans les contrats, abusive ;

21°) Considérant que, dans ces mêmes contrats, l'assureur ne s'engage sur aucun délai au bénéfice du consommateur pour procéder au paiement des prestations garanties ; qu'ainsi, cette clause autorise l'assureur à laisser le consommateur sans bénéficier du remboursement dû au titre de la garantie par lui souscrite pendant un délai indéterminé ; que, dès lors, elle est de nature à créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties ;

g) Clauses laissant croire à une réduction du délai légal de prescription

22°) Considérant que certaines clauses laissent croire que l'assuré ne dispose que d'un délai d'un an pour obtenir le remboursement des prestations ; que ces clauses ne sont pas conformes à l'article L. 114-1 du code des assurances, qui dispose : « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils

l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. », et à l'article L. 114-3 du même code qui dispose : « Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci » ; que des dispositions similaires figurent aux articles L. 932-13 et L. 932-13-4 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 221-11 du code de la mutualité et à l'article L. 218-1 du code de la consommation ;

Que, dès lors, de telles clauses sont illicites et, maintenues dans un contrat entre un professionnel et un consommateur, abusives ;

h) Clause relative à la transmission de pièces justificatives au regard du secret médical

23°) Considérant qu'une clause stipule que l'assuré est tenu de communiquer « sur demande de X, toute pièce justificative de l'origine et de la nature de l'affection » et qu'en l'absence de pièces justificatives admises par l'assureur, celui-ci pourra sanctionner l'assuré en estimant que « les frais réels seront réputés ne pas excéder le tarif de responsabilité de la sécurité sociale » ;

Que la stipulation laisse croire au consommateur que, pour obtenir le remboursement des prestations, il ne peut pas opposer le secret médical protégé, notamment, par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique et par le pack de conformité de l'assurance réalisé sous l'égide de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) ; qu'en particulier, les informations relatives à la santé doivent être recueillies avec le consentement exprès de l'intéressé, sauf s'il ne peut être matériellement ou juridiquement recueilli, ou que l'organisme est soumis à une obligation légale de recueillir ces informations ;

Que cette clause est de nature à créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au détriment du consommateur ;

i) Clauses relatives aux modalités de paiement

24°) Considérant que certains contrats imposent un mode unique de règlement par prélèvement bancaire automatique ; que cette clause est abusive en ce qu'elle limite indûment la liberté de choix du moyen de paiement du consommateur ;

25°) Considérant que d'autres contrats prévoient la facturation de frais en cas de paiement par chèque, ce qui tend à réduire le choix du consommateur quant à son mode de paiement ; que l'article L. 112-12, alinéa 2, du code monétaire et financier prévoit que : « (...) Le bénéficiaire ne peut appliquer de frais pour l'utilisation d'un instrument de paiement donné (...) » ; qu'ainsi, cette clause est illicite et, maintenue dans les contrats, abusive ;

j) Clauses relatives au paiement des frais

26°) Considérant qu'une clause autorise l'assureur à réclamer à sa convenance, comme le démontre l'expression : « pourront être », le paiement de frais de fractionnement suivant la fréquence de règlements des cotisations, sans que le montant de ces frais soit déterminé ou déterminable, ni à partir de quelle fréquence ces frais seraient dus ; qu'elle apparait, dans ces conditions, de nature à créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au détriment du consommateur ;

27°) Considérant que certains contrats prévoient de facturer, au moment du déclenchement de la procédure de mise en demeure pour non-paiement des cotisations, des pénalités forfaitaires de 50 euros et de 10 euros afin de couvrir « les frais de poursuite et de recouvrement » ;

Qu'en prévoyant des pénalités de montants forfaitaires, ces clauses n'apparaissent pas respecter le code de la mutualité ; qu'en effet, même si l'article L. 221-7 du code de la mutualité prévoit la possibilité pour la mutuelle de facturer, éventuellement, des frais de poursuites et de recouvrement, ils doivent être justifiés dans leur existence et dans leur montant par l'assureur ; qu'en outre, l'alinéa 2 de l'article L. 111-8 du code des procédures civiles d'exécution dispose que : « Les frais de recouvrement entrepris sans titre exécutoire restent à la charge du créancier, sauf s'ils concernent un acte dont l'accomplissement est prescrit par la loi au créancier. Toute stipulation contraire est réputée non écrite, sauf disposition législative contraire » ; qu'en principe, les frais de recouvrement amiable de créances sont à la charge exclusive du créancier ; que le non-respect de cette obligation est sanctionné pénalement de deux ans d'emprisonnement et 300 000 € d'amende (article L. 132-23 du code de la consommation introduit par la loi n° 2014-344 du 17 mars 2014 dite loi Hamon) ; que ce principe comporte toutefois deux exceptions : les frais de recouvrement peuvent être à la charge du débiteur lorsqu'ils concernent un acte dont l'accomplissement est prescrit par la loi et lorsque le débiteur est de mauvaise foi ;

Que ces clauses sont, dans ces conditions, illicites et, maintenues dans les contrats, abusives ;

28°) Considérant que plusieurs contrats prévoient qu' « en cas de non- paiement de l'intégralité ou d'une partie de la cotisation à sa date d'exigibilité : les fractions de cotisations non encore réglées seront exigées pour toute l'année d'assurance en cours et augmentées des frais de non-paiement, » ; que cette clause prévoit le paiement de « frais de non-paiement », sans autre précision ; que, toutefois, de tels frais peuvent être encadrés par le législateur, comme c'est le cas pour les chèques impayés en application du code monétaire et financier ; que l'article L. 131-52 du code monétaire et financier dispose que « Le porteur peut réclamer à celui contre lequel il exerce son recours :

1. Le montant du chèque non payé ;
2. Les intérêts à partir du jour de la présentation, dus aux taux légal applicable en France ;

3. Les frais de protêt, ceux des avis donnés, ainsi que les autres frais » ;

Qu'outre que cette stipulation rend possible la mise à la charge du consommateur des frais de recouvrement avant titre exécutoire, sa rédaction, par son imprécision, est de nature à créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties ;

k) Clause relative à la télétransmission

29°) Considérant qu'une clause stipule, en cas de défaut de paiement des cotisations, que « Dans tous les cas, la Mutuelle ne lèvera pas auprès de la sécurité sociale le droit à la télétransmission « Noémie » en lieu et place d'un autre organisme tant que les cotisations ayant fait l'objet de poursuites ne seront pas régularisées » ;

Que cette clause est abusive en ce qu'elle accorde à l'assureur le pouvoir de priver le consommateur de son droit d'accès à la télétransmission de ses demandes de remboursement direct formulées auprès de son nouvel organisme d'assurance complémentaire ;

l) Clauses relatives à l'expertise médicale

30°) Considérant que des contrats ne prévoient pas, en cas de contrôle médical, que l'assuré a la faculté de se faire assister, lors de ces contrôles, du médecin de son choix et d'être prévenu des modalités des examens demandés par la mutuelle (analyses, radio....) ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant ;

Qu'il est abusif d'employer des termes tels qu' « expert » ou « expertise » sans indiquer les liens qui existent entre la personne ainsi désignée et l'assureur, ni la portée et les modalités des opérations auxquelles elle est susceptible de se livrer, et notamment sans rappeler au consommateur la faculté de se faire assister du médecin de son choix ou d'opposer les conclusions de son propre médecin traitant ;

Que telle a été l'analyse de la Commission des clauses abusives qui a estimé abusive une clause comparable au point 11 de la recommandation n° 90-01 concernant les contrats d'assurance complémentaires à un contrat de crédit à la consommation ou immobilier ou à un contrat de location avec option d'achat ;

m) Clause relative à la collecte des données informatiques

31°) Considérant qu'une clause stipule que le professionnel « met en œuvre un traitement des données à caractère personnel concernant le membre participant et ses bénéficiaires. Ils bénéficient, sur ces données, d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime et à la prospection commerciale (...) » ;

Que la rédaction de cette clause apparaît confuse, en ce qu'elle peut être interprétée par le consommateur comme exigeant un motif légitime à son opposition à une prospection commerciale à partir de ses données personnelles ; qu'en application de l'article 38 de la loi

informatique et liberté n°78-17 du 6 janvier 1978, le consommateur a le droit de s'opposer, pour des motifs légitimes, à ce que des données à caractère personnel la concernant fassent l'objet d'un traitement et peut s'opposer, sans frais, à ce que les données le concernant soient utilisées à des fins de prospection, notamment commerciale, par le responsable actuel du traitement ou celui d'un traitement ultérieur ; que, dans ces conditions, cette clause n'informe pas clairement l'adhérent sur ses droits ;

Qu'en conséquence, elle apparaît de nature à créer un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au détriment du consommateur ;

n) Clauses relatives à la résiliation

32°) Considérant qu'un contrat prévoit que le professionnel peut mettre fin au contrat « en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de votre part » ;

Que cette clause laisse croire que l'assureur peut résilier le contrat en cas de fausse déclaration, omission ou inexactitude de la part du consommateur, sans avoir à respecter la procédure prévue à l'article L. 113-9 du code des assurances qui dispose que, si la fausse déclaration, omission ou inexactitude est constatée avant tout sinistre, « l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat moyennant une augmentation de la prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime pour le temps où l'assurance ne court plus ; dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux de base des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés » ;

Qu'une règle similaire est prévue à l'article L. 221-15 du code de la mutualité et à l'article L. 932-7 du code de la sécurité sociale ; que, dès lors, cette clause est illicite et, maintenue dans un contrat, abusive ;

33°) Considérant qu'un contrat prévoit que le professionnel résilie le contrat « En cas d'aggravation du risque : L. 113-4 et L. 113-12-1 du code des assurances (...) » ;

Que cette clause ne précise pas quelle situation est visée par l'expression « l'aggravation du risque » ; que, toutefois, l'article L. 113-4 du code des assurances, qui autorise l'assureur à résilier le contrat en cas d'aggravation du risque, et l'article L. 113-12 du même code, qui permet à l'assureur de résilier le contrat chaque année, ne s'appliquent pas aux contrats d'assurance maladie lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié ;

Que l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite loi Evin, qui crée la garantie viagère en matière de santé, ne permet pas davantage la résiliation du contrat pour cause d'aggravation du risque ;

Que la clause est illicite et, maintenue dans les contrats, abusive ;

34°) Considérant qu'une clause prévoit que la résiliation du contrat emporte pour conséquence « Dans le cas où l'assuré démissionnaire ou faisant l'objet d'une radiation pour

non-paiement est redevable envers (l'assureur) d'une dette de quelque nature que ce soit, « X » (l'assureur) est habilité de plein droit à opérer des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre jusqu'à due concurrence » ;

Que cette clause qui autorise la compensation entre deux créances ne rappelle pas l'exigence posée par l'article 1347-1 du code civil, notamment le caractère certain de celles-ci ; qu'elle autorise ainsi l'assureur à procéder à des retenues d'office sur les prestations auxquelles l'assuré peut prétendre, alors qu'il dispose d'une possibilité de contestation et, alors même que la dette alléguée peut ne pas être certaine, liquide et exigible ;

Que la clause est illicite et, maintenue dans les contrats, abusive ;

35°) Considérant qu'un contrat dresse une liste des cas permettant à l'assuré de résilier son contrat ; que, cependant, l'assuré dispose d'un droit de résiliation, en application de l'article L. 112-3 du code des assurances, en cas de mise en conformité du contrat avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale, qui dispose :

« Le contrat d'assurance et les informations transmises par l'assureur au souscripteur mentionnées dans le présent code sont rédigés par écrit, en français, en caractère apparents.

[...]

Toute addition ou modification au contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties. Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé individuel ou collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Ce dernier dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur [...] » ;

Que la clause examinée est abusive en ce qu'elle laisse croire au consommateur qu'il ne lui est pas possible de résilier son contrat en dehors des cas qu'elle prévoit ;

o) Clauses relatives au traitement des litiges

36°) Considérant qu'une clause prévoit que les procédures internes du règlement des réclamations doivent être éteintes avant de saisir le médiateur ; que cette clause laisse croire au consommateur qu'il ne peut saisir le médiateur qu'après extinction de la procédure interne, alors qu'il peut, en application de l'article L. 612-2 du code de la consommation, le saisir lorsqu'il a tenté de résoudre son litige directement auprès du professionnel par une réclamation écrite ;

Qu'au surplus, cette clause ne rappelle pas que la demande présentée au médiateur doit être formulée au plus tard dans le délai d'un an à compter de la réclamation écrite auprès du professionnel ;

Que cette clause, susceptible de supprimer ou d'entraver l'accès effectif du consommateur au médiateur, est abusive ;

37°) Considérant qu'une clause prévoit que « Si après vos contacts avec notre représentant ou avec notre service à la clientèle, un litige persiste, vous pouvez faire appel au médiateur par leur intermédiaire. Le recours est gratuit. Le médiateur s'engage à formuler son avis dans les trois mois. Son avis ne s'impose pas, ce qui nous laisse toute liberté pour saisir éventuellement le tribunal compétent » ;

Que la rédaction de cette clause, par son imprécision, ne permet pas à l'assuré de faire application de ses droits ;

Qu'en effet, elle prévoit la possibilité pour l'assuré de porter son litige auprès des services du professionnel, de façon informelle, puis d'un médiateur, sans l'identifier, en passant par l'intermédiaire des services du professionnel, ce qui peut être de nature à le dissuader d'agir et à l'empêcher, en tout cas, de saisir le médiateur ;

Que, de plus, l'assureur prend soin de mentionner qu'il peut saisir le tribunal compétent, en cas de désaccord, sans indiquer que l'assuré peut le faire également ;

Que, dans ces conditions, elle n'apparaît pas conforme à l'article L. 112-2, alinéa 2, du code des assurances qui dispose que les documents remis au preneur d'assurance avant la conclusion du contrat précisent les modalités d'examen des réclamations qu'il peut formuler au sujet du contrat, y compris, le cas échéant, l'existence d'une instance chargée en particulier de cet examen, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice ;

Que des dispositions similaires sont prévues au code de la mutualité, en son article L. 221-18 III, 7°, et au code de la sécurité sociale, en ses articles L. 932-15-1 III, 7°, et R. 932-1-1 ;
Que cette clause est donc illicite et, maintenue dans les contrats, abusive ;

38°) Considérant qu'un contrat prévoit que « (...) Tout litige, concernant l'application ou l'interprétation du règlement mutualiste général et des règlements particuliers sera d'abord examiné par le service réclamation de la mutuelle, domicilié au X. En cas de désaccord, le dossier accompagné des éléments indispensables à l'examen de la (des) prétention(s) sera transmis par la partie la plus diligente au service médiation de la consommation. Un avis sera rendu par le médiateur désigné par la ..., dans les 6 mois de sa saisine. Cet avis s'imposera aux parties » ;

Que, d'abord, le délai de six mois accordé au médiateur excède le délai réglementaire fixé par l'article R. 612-5 du code de la consommation qui est de quatre-vingt-dix jours, délai qui peut être prolongé par le médiateur, en cas de litige complexe ;

Qu'ensuite, la clause laisse croire que l'avis du médiateur s'impose aux parties en violation de l'article R. 612-4 du code de la consommation ;

Qu'enfin, elle laisse croire que le recours au juge est soumis à un préalable de médiation ; qu'elle est donc illicite et, maintenue dans les contrats, abusive ;

Recommande que soient éliminées :

I. 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 ;

II - 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.

Recommandation adoptée le 23 novembre 2017 sur le rapport de Mme Corinne SOLAL