

R.G. N° 12/02971
DF
N° Minute :

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS
COUR D'APPEL DE GRENOBLE
1ERE CHAMBRE CIVILE
ARRET DU MARDI 20 JANVIER 2015

Appel d'un jugement (N° R.G.09/05854)
rendu par le Tribunal de Grande Instance de GRENOBLE
en date du 07 mai 2012
suivant déclaration d'appel du 02 Juillet 2012

APPELANTE :

SCP CONSOM'ACTES agissant poursuites et diligences de ses
représentants légaux, domiciliés en cette qualité audit siège
4 Place Raoul Dautry
75716 PARIS

Représentée par Me Pascale MODELSKI de la SELARL EYDOUX MODELSKI
Aciennement TIRARD, avocat au barreau de GRENOBLE, postulant, plaissant
par Me Thierry LACAMP, avocat au barreau de PARIS

INTIMEE :

**ASSOCIATION UNION FEDERALE DES CONSOMMATEURS QUE CHOISIR DE
L'ISERE** prise en la personne de son représentant légal demeurant
en cette qualité audit siège
24 bis rue MALLIFAUD
38100 GRENOBLE

Représentée et plaissant par Me Christian BRASSEUR de la SCP
CONSOM'ACTES, avocat au barreau de GRENOBLE

COMPOSITION DE LA COUR :

LORS DES DÉBATS ET DU DÉLIBÉRÉ :

Monsieur Dominique FRANCKE, Président
Madame Dominique JACOB, Conseiller,
Madame Joëlle BLATRY, Conseiller,

Assistés lors des débats de Françoise DESLANDE, greffier,

Copie exécutoire délivrée

le :

à :

la SELARL EYDOUX MODELSKI

la SCP CONSOM'ACTES

DEBATS :

A l'audience publique du 09 Décembre 2014 Monsieur FRANCKE a été
entendu en son rapport.

Les avocats ont été entendus en leurs conclusions et plaidoiries.

Puis l'affaire a été mise en délibéré pour l'arrêt être rendu à l'audience de ce
jour.

SCP CONSOM'ACTES
M BRASSEUR - JACOB - TIRARD - LACAMP
AVOCATS
11 rue A. TROUVÉ
38000 GRENOBLE
Tél. 04 77 33 39 42

EXPOSE DU LITIGE

[REDACTED] assure les emprunteurs de prêts bancaires consentis par des groupes bancaires en cas d'incapacité, invalidité, décès, assurance soumis aux prescriptions de l'article L312-9 du code de la consommation, L141-1 à L141-7 du code des assurances.

Par jugement du 7 mai 2012, le tribunal de grande instance de GRENOBLE, sur assignation de **[REDACTED]**, a déclaré illicites ou abusives 11 des 29 clauses contestées de la notice type de la **[REDACTED]**, à savoir :

- 2- le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examens médicaux de laboratoire et, le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'assureur à ses frais (article 7.2)
- 3- le prêteur mettra à la disposition de l'emprunteur qui le souhaiterait une enveloppe qui permettra l'envoi du questionnaire de santé au médecin conseil de l'assureur (article 7 § 4)
- 4- toutefois si une évolution de l'état de santé de l'emprunteur survient dans le délai de trois mois et avant la prise d'effet des garanties, et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, l'emprunteur est tenu d'en informer l'assureur sous peine de nullité de l'adhésion (article 7 in fine),
- 11- l'assuré est en état d'invalidité totale et définitive lorsqu'il se trouve, en cours d'assurance et en tout état de cause avant sa mise à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause, et dans tous les cas avant son 65^e anniversaire, dans l'impossibilité totale, définitive et médicalement constatée d'exercer une activité ou un travail pouvant lui procurer bien ou profit sans que cet état nécessite pour autant l'assistance totale d'une tierce personne (article 14.3 § 1).
- 12- l'assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) jusqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours, appelée délai de franchise, et avant son 65^e anniversaire, sa mise à la retraite ou à la préretraite quelle qu'en soit la cause (article 14.4 a),
- 13- l'assuré est en incapacité temporaire totale de travail (ITT) lorsqu' (...) il se trouve par suite d'une maladie ou d'un accident dans l'impossibilité médicalement constatée :
- pour un assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre (y compris recherche d'emploi) d'exercer une activité professionnelle à temps plein ou une activité professionnelle à temps partiel (article 14.4 a),
- 20- le versement des prestations incapacité temporaires totales de travail (ITT) cesse (...) ainsi que dans les cas suivants :
- lorsque l'assuré n'est plus reconnu en ITT telle que définie à l'article 14-4 notamment lorsqu'il est reconnu inapte à exercer une activité même à temps partiel suite à un contrôle médical (article 15),
- 21- formalités en cas de décès :
il revient aux ayants droits de l'assuré de fournir à l'assureur (...) :
un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle ;

en cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droits) : le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse (article 16.1),

22- formalités en cas de décès :

il revient aux ayants droits de l'assuré de fournir à l'assureur (...) :

- une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
- une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier (des échéanciers) du (des) contrat(s) de prêts en cours à la date du sinistre et indiquant la date de la dernière échéance du prêt,
- une copie du (des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion accompagnée du questionnaire de santé,
- un exemplaire des conditions particulières d'assurances acceptées par l'assuré (article 16.1),

23- formalités à remplir en cas de PTIA :

il revient à l'assuré ou à ses ayants droits de fournir à l'assureur (...) :

- un certificat médical attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle lui procurant un revenu et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte (article 16.2),

26-l'assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport suite à une visite médicale passée par l'assuré à la demande de l'assureur auprès d'un médecin mandaté par ce dernier et à ses frais afin de vérifier que l'assuré est bien en état de PTIA , ITD, ou ITT tel que défini à l'article 14.2, 14.3 ou 14.4 (article 17 § 2),

- dit que ces clauses sont réputées non écrites,

- ordonné la suppression de la totalité de ces clauses dans un délai de six mois à compter de la signification du jugement, et passé ce délai, sous astreinte provisoire de 800 € par jour de retard pendant une durée de deux mois,

- condamné la SA CNP ASSURANCES à payer à l'UNION DES CHOUISIRS 38 la somme de 20.000 € en réparation de son préjudice collectif, 1.500 € en réparation de son préjudice associatif,

- ordonné la publication par extraits et l'insertion sur la page d'accueil de son site Internet d' une mention des clauses déclarées illicites ou abusives,

- débouté l'UNION DES CHOUISIRS 38 du surplus de ses demandes,

- condamné la SA CNP ASSURANCES à payer à l'UNION DES CHOUISIRS 38 la somme de 2.000 € par application de l'article 700 du code de procédure civile ainsi qu'aux dépens,

- ordonné l'exécution provisoire à l'exception des mesures de publicité.

La SA CNP ASSURANCES a relevé appel de la décision le 2 juillet 2012.

Dans le dernier état des ses conclusions du 19 novembre 2014, elle demande de :

- déclarer irrecevables les demandes de l'**UNION QUE CHOISIR SA** pour défaut de droit d'agir,

à titre subsidiaire,

- prononcer la nullité du jugement du 7 mai 2012 et :

- déclarer irrecevables les demandes de l'**UNION QUE CHOISIR SA** tendant à voir déclarer illicites ou abusives les clauses du contrat définissant le risque d'incapacité totale de travail comme l'incapacité totale d'exercer toute activité professionnelle y compris à temps partiel,

- annuler les dispositions du jugement ayant déclaré ces clauses illicites,

à titre subsidiaire :

- déclarer les demandes les concernant mal fondées,

- infirmer le jugement en ses dispositions contraires aux demandes de la **SARL ASSURANCES**,

- rejeter les demandes de l'**UNION QUE CHOISIR SA**,

à titre encore plus subsidiaire :

- donner acte à la **SARL ASSURANCES** qu'elle s'engage à :

- mentionner à l'article 16.2 de son contrat que l'assuré pourra adresser le certificat médical précisant la nature de la maladie ou de l'accident le rendant définitivement incapable d'exercer une quelconque activité, soit directement à l'assureur, soit au médecin conseil missionné par l'assureur pour vérifier sa réalité,

- mentionner en caractères gras les dispositions de l'article 14.3 §1 énonçant que le risque de l'ITD survenu avant la mise à la retraite ou la retraite anticipée de l'assuré n'est pas pris en charge,

- mentionner en caractères gras les dispositions de l'article 14.4.a précisant que l'ITT de l'assuré à la retraite ou en préretraite n'est pas prise en charge ;

- donner acte à la **SARL ASSURANCES** que si la cour estimait que, sans être déclarées illicites ou abusives, leur modification serait souhaitable pour faciliter la mise en œuvre du contrat d'assurance, elle s'engage à modifier les clauses litigieuses suivantes :

- les dispositions de l'article 7 qui préciseront au candidat à l'assurance qu'il a la possibilité de se faire assister d'un médecin de son choix lors de l'examen complémentaire préalable à son entrée dans l'assurance,

- les dispositions de l'article 16.1 précisant qu'en cas de décès, les ayants droit de l'assuré doivent fournir à l'assureur la copie des pièces du prêt, qui seront supprimées ;

- les dispositions de l'article 17 § 2 afin de rappeler à l'assuré la possibilité de se faire assister du médecin de son choix lors de l'examen complémentaire destiné à constater qu'il est bien en PTIA, ITD ou ITT, qui seront imprimées en caractères gras,

- condamner l'**UNION QUE CHOISIR SA** à payer à la **SARL ASSURANCES** la somme de 7.000 € par application de l'article 700 du Code de procédure civile ainsi qu'aux dépens de première instance et d'appel.

L'UNFC QUE CHOISIR 33 demande dans ses dernières conclusions 8 octobre 2014 de débouter la SA CNP ASSURANCES de son appel sur les clauses objet de celui-ci,

- de faire droit à son appel incident, constater que la présentation du contrat CNP constitue une pratique déloyale,

- dire en conséquence illicite ou abusive chacune des 10 clauses suivantes du contrat litigieux qui :

- 5 : l'article 9 § 2 , qui exclut la garantie lorsque le consommateur ne réside pas sur le sol français ;

- 6 : l'article 11.2 § 6, qui prévoit la cessation des garanties en cas de déchéance du terme ;

- 7 : l'article 11.2 § 7, qui prévoit la cessation des garanties en cas de renégociation amiable du prêt entre prêteur et emprunteur ;

- 8 : l'article 11.2 § 10 qui prévoit la cessation des garanties (hors décès) lorsque l'assuré atteint l'âge de 65 ans et/ou tout en exigeant le versement des mêmes primes ;

- 14 : l'article 14.4 a § 3 qui dénie la garantie ITT d'un assuré qui n'a pas d'activité professionnelle s'il n'est pas dans l'impossibilité « d'exercer des activités privées » sans autre précision ni exemple ;

- 16 : l'article 14.4.c II § 2, qui prévoit que l'assuré n'est (plus) garanti qu'à moitié de la quotité prévue s'il est « sans profession »,

- 17 : l'article 14.4.c III qui autorise l'assureur à une prise en charge partielle du crédit pendant l'ITT si les revenus de l'assuré subissent une baisse moindre que la mensualité due,

- 19 : l'article 14.4.c in fine qui prévoit une prestation ITT moindre si l'assuré a augmenté ses échéances dans l'année précédant le sinistre,

- 25 : les articles 16.2, 16.3 et 16.4.2 in fine qui imposent aux cautions d'avoir subi une procédure depuis plus de six mois au jour du sinistre pour être prises en charge,

- 29 : l'article 20 § 3 et 4 qui maintient le paiement total de la prime même en cas de cessation d'une ou plusieurs garanties,

- d'ordonner la suppression de ces clauses dans le modèle type dans le délai d'un mois à compter de la décision sous astreinte définitive de 1.000 € par jour de retard à l'expiration de ce délai,

- d'interdire l'usage de telles clauses pour l'avenir,

- d'ordonner à la SA CNP ASSURANCES, par application de l'article L.421-6 du code de la consommation d'application immédiate, d'informer à ses frais les consommateurs concernés par courrier recommandé dans les 15 jours de la décision à intervenir,

- lui allouer la somme de 58.000 € en réparation de son préjudice collectif,

- confirmer le jugement pour le surplus,

- condamner la SA CNP ASSURANCES à lui payer la somme de 3.000 € par application de l'article 700 du Code de procédure civile, ainsi qu'aux dépens.

MOTIFS DE LA DECISION

1- sur la recevabilité de l'action de l'UNFC QUE CHOISIR 33 :

La SA **SA ONI ASSURANCES** rappelle que le contrat type concerne 17 Caisses d'épargne réparties sur toute la France en 4.228 agences, fait valoir que l'**U.F.C.V. DES PROPRIETAIRES** n'a pas qualité pour agir, en dehors de l'Isère, pour le compte des consommateurs des autres départements.

Elle précise que le coût engendré par la modification éphémère des contrats, la formation nécessaire des commerciaux, l'a conduite à faire le choix de ne pas mettre en œuvre l'exécution provisoire.

Elle ajoute que les dispositions de l'article L.421-2 du code de la consommation dans sa rédaction issue de la loi du 17 mars 2014 qui étendent le droit d'agir des associations, n'étaient pas applicables au jour de l'introduction de la demande, et n'ont pas vocation à accroître le droit d'agir des associations départementales.

L'**U.F.C.V. DES PROPRIETAIRES** réplique qu'aucune disposition n'interdit à une association départementale d'assigner un professionnel dès lors que celui-ci contracte sur le département en question, que l'article L.421-2 du code de la consommation dans sa rédaction issue de la loi du 17 mars 2014, et d'application immédiate, « autorise toute association à demander à la juridiction de déclarer une clause réputée non écrite dans tous les contrats identiques conclus par le défendeur avec des consommateurs ».

Sur ce :

Il n'est pas contesté que le contrat d'assurance est proposé aux emprunteurs de L'Isère que l'**U.F.C.V. DES PROPRIETAIRES** a vocation à protéger par application de l'article L421-6 du code de la consommation contre les clauses abusives ou illicites dans les contrats qui leur sont proposés alors que l'action préventive en suppression de clauses illicites ouverte aux associations agréées de défense des consommateurs a vocation à s'appliquer aux modèles types de contrats destinés aux consommateurs de l'Isère et rédigés par des professionnels en vue d'une utilisation généralisée.

L'action de l'**U.F.C.V. DES PROPRIETAIRES** doit ainsi être jugée recevable.

2- sur la nullité du jugement :

Elle résulte selon la SA **SA ONI ASSURANCES** de trois éléments :

- le non respect du contradictoire :

La SA **SA ONI ASSURANCES** soutient que les fondements de l'annulation de 7 des 11 clauses déclarées illicites ou abusives, en l'espèce l'article 7.4, l'article 14.3, les articles 14.4 a , c II, c III, l'article 16-2 de la notice d'information n'ont pas été soumis à la contradiction pour n'avoir pas été soutenus par l'**U.F.C.V. DES PROPRIETAIRES**, qui a contesté par des arguments superficiels la validité de 29 clauses du contrat.

Mais la SA **SA ONI ASSURANCES** ne produit pas copie des conclusions de première instance de l'**U.F.C.V. DES PROPRIETAIRES** de nature à étayer ce grief de sorte que ce moyen sera écarté.

- la partialité du tribunal de grande instance :

La SA **SA ONI ASSURANCES** invoque l'emploi d'arguments et de termes permettant de douter de l'impartialité du tribunal,

Concernant le périmètre de l'ITT, elle soutient que le contrat garantit l'incapacité médicalement constatée d'exercer une quelconque activité professionnelle même à temps partiel, et non celle d'exercer une profession déterminée, en l'espèce celle de l'assuré, garantie constitutive d'un contrat aux caractéristiques distinctes,

que le tribunal, en déclarant ambiguë la clause claire de l'article 16.4 du contrat définissant l'ITT et en s'arrogeant ainsi le droit de l'apprécier, a contrevenu à l'exigence de l'article L 132-1 alinea 7 du code de la consommation qui lui interdit de faire *porter son appréciation du caractère abusif des clauses sur la définition de l'objet principal du contrat ou sur l'adéquation du prix aux services offerts*, et a dénaturé les dispositions du contrat.

Concernant la clause posant les obligations du candidat à l'assurance lors de sa demande d'adhésion au contrat, la ~~SAGNE ASSURANCES~~ soutient que le tribunal, ne pouvait l'accuser de faire une présentation *tronquée voire inexacte* d'une législation d'ordre public en appréciant la clause de l'article 7 exigeant de l'assuré d'informer l'assureur sous peine de nullité de toute évolution de son état de santé intervenant avant la prise d'effet de l'assurance, qui conduirait à modifier ses réponses au questionnaire de santé.

Sur ce :

en prenant parti de façon motivée dans le litige qui lui a été soumis, le tribunal de grande instance n'a fait que remplir la mission qui lui est assignée de sorte que le jugement ne pourra être déclaré nul de ce chef.

- le prononcé, abusif, de l'exécution provisoire,

L'usage par le tribunal de grande instance du pouvoir qui lui est donné par l'article 515 du code de procédure civile ne peut être qualifié d'abusif et être sanctionné par la nullité du jugement.

Sur le fond, la ~~SAGNE ASSURANCES~~ soutient à titre subsidiaire que 8 des 11 clauses ont été déclarées à tort illicites ou abusives, 3 seulement pouvant être jugées abusives.

3- sur le fond :

Selon l'article L132-1 du code de la consommation, sont abusives les clauses qui ont pour objet ou pour effet de créer, au détriment du non professionnel ou du consommateur, un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat. Ces dispositions sont applicables quels que soient la forme ou le support du contrat.

Les clauses abusives sont réputées non écrites.

L'appréciation du caractère abusif des clauses au sens du premier alinéa ne porte ni sur la définition de l'objet principal du contrat ni sur l'adéquation du prix ou de la rémunération au bien vendu ou au service offert pour autant que les clauses soient rédigées de façon claire et compréhensible

Selon l'article R132-1 dans sa rédaction du 18 mars 2009, sont notamment, de manière irréfragable, présumées abusives, les clauses ayant pour objet ou pour effet de :

3° : réserver au professionnel le droit de modifier unilatéralement les clauses du contrat relatives à sa durée, aux caractéristiques ou prix du bien à livrer ou du service à rendre,

4° : accorder au seul professionnel le droit de déterminer si la chose livrée ou les services fournis sont conformes ou non aux stipulations du contrat ou de conférer le droit exclusif d'interpréter une quelconque clause du contrat,

5° : contraindre le consommateur à exécuter ses obligations alors que, réciproquement, le professionnel n'exécuterait pas ses obligations de délivrance et de garantie d'un bien ou son obligation de fourniture d'un service,

7° imposer au non professionnel ou au consommateur la charge de la preuve qui en vertu du droit applicable devrait incomber normalement à l'autre partie

Selon l'article R132-2 dans sa rédaction du 18 mars 2009, sont notamment présumées abusives au sens des dispositions du premier ou deuxième alinéas de l'article R132-1, sauf au professionnel à rapporter la preuve contraire, les clauses ayant notamment 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 ;

6° : réserver au professionnel le droit de modifier unilatéralement les clauses du contrat relatives aux droits et obligations des parties, autres que celles prévues au troisième de l'article R 132-1,

8° : soumettre la résolution ou la résiliation du contrat à des conditions ou modalités plus rigoureuses pour le non professionnel ou le consommateur que pour le professionnel.

Les clauses suivantes sont soumises à l'appréciation de la cour d'appel :

2- le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examens médicaux de laboratoire et, le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'assureur à ses frais (article 7.2).

Cette disposition figure au nombre des formalités d'adhésion prescrites par l'article 7 de la notice d'information

La **SOCIÉTÉ ASSURATRICE** soutient que le fait de ne pas rappeler au candidat à l'assurance qu'il peut se faire assister d'un médecin de son choix n'est pas abusif dès lors que le médecin désigné par la **SOCIÉTÉ ASSURATRICE** pour procéder à l'examen complémentaire est indépendant, et que le droit pour l'assuré de se faire assister d'un médecin de son choix est mentionné à l'article 18.

Elle se déclare prête à procéder au besoin à la modification de la rédaction de cette clause.

L'**UNION DES CONSOMMATEURS** conteste l'indépendance du médecin chargé d'un tel examen, invoque la recommandation de la commission des clauses abusives du 10 novembre 1989 §11, renouvelé dans son avis n° 2001-01 du 1er juin 2001 qui recommande de supprimer les clauses qui ont pour objet «*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 sa faculté de se faire assister du médecin de son choix*».

Sur ce :

En l'espèce, la mention à l'article 18 invoqué par la [REDACTED] de la représentation de l'assuré par un médecin de son choix vise seulement la procédure de conciliation et tierce expertise en cas de refus de prise en charge suite à un contrôle médical, sans relation avec le questionnaire de prise en charge initiale.

L'article 7 al 2 doit être considéré comme une clause abusive comme l'a retenu le premier juge.

3-le prêteur mettra à la disposition de l'emprunteur qui le souhaiterait une enveloppe qui permettra l'envoi du questionnaire de santé au médecin conseil de l'assureur (article 7 § 4)

La [REDACTED] fait valoir que cette disposition va dans le sens du respect de la vie privée de l'assuré en conformité avec la décision du Conseil constitutionnel du 21 décembre 1999 qui exige « la mise en place de modalités d'acheminement des renseignements d'ordre confidentiel au médecin conseil de nature à assurer la stricte confidentialité de la transmission des informations qu'ils contiennent », en conformité avec la recommandation de la Commission des clauses abusives selon laquelle « les contrats comportent une mention rappelant au consommateur qu'il peut transmettre sous pli cacheté à l'assureur, éventuellement par l'intermédiaire du prêteur, la proposition d'assurance contenant des renseignements d'ordre confidentiel. »

L'[REDACTED] invoque la violation du secret médical résultant de cette disposition, qui emporte déséquilibre au détriment du consommateur, la commission des clauses abusives ayant recommandé dès 1989 la suppression des clauses qui ont pour effet de porter atteinte au respect du secret médical.

Sur ce :

En retenant le caractère abusif de cette clause au motif qu'elle exige de la part de l'assuré une démarche positive auprès de l'assureur pour assurer la confidentialité des informations transmises, en relevant que le prêteur est impliqué dans une transmission qui ne le concerne pas, le premier juge en a donné une exacte appréciation.

4-toutefois si une évolution de l'état de santé de l'emprunteur survient dans le délai de trois mois et avant la prise d'effet des garanties, et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, l'emprunteur est tenu d'en informer l'assureur sous peine de nullité de l'adhésion (article 7 in fine),

La [REDACTED] soutient que l'exposé complet dans la notice des conditions de nullité résultant de l'article L.113-8 du code des assurances la rendrait inintelligible, que la nullité qui y est exposée est conforme à la loi, qu'ainsi la clause ne peut être jugée illicite, abusive ou ambiguë.

Elle se déclare prête au besoin à la modification de la rédaction de cette clause.

L' [REDACTED] invoque une présentation tronquée des dispositions légales des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances, d'ordre public, qui exigent, outre la méconnaissance par l'assuré de son obligation, la preuve par l'assureur de sa mauvaise foi, qui n'est pas rappelée en l'espèce par cet article 4.

Sur ce :

En retenant le caractère illicite de cette clause pour défaut de mention expresse dans cette clause de la mauvaise foi, dont la preuve par l'assureur est exigée par l'article L113-8 du code des assurances pour le prononcé de la nullité de l'adhésion, mention qui n'apparaît que dans l'alinéa suivant, et sans lien clair et explicite avec l'information exigée de l'assuré en cas d'évolution de son état de santé, le premier juge en a fait une juste appréciation, au vu notamment de la recommandation n° 90-01 de la commission des clauses abusives.(déclaration du futur adhérent).

5 - l'article 9 alinea 2 selon lequel :

« les garanties n'interviennent pas lorsqu'elles résultent de maladies ou d'accidents frappant un assuré ne résidant pas sur le sol français ou un assuré résidant sur le sol français mais séjournant temporairement hors de France »

L' [REDACTED] présente cette clause comme portant atteinte à la libre circulation des personnes dans le cadre de la communauté.

Elle ajoute qu'une telle clause viole l'article R 132-1 5° du code de la consommation qui présume abusives les clauses qui ont pour effet de contraindre le consommateur à exécuter ses obligations alors que réciproquement le professionnel n'exécuterait pas les siennes

La [REDACTED] rétorque que comme l'a retenu le tribunal, la mise en place d'un contrôle des sinistres couvrant tous les pays de l'Union européenne impliquerait une augmentation des cotisations d'assurance inutilement et injustement élevée pour la collectivité des assurés dès lors que le contrat est destiné à des assurés domiciliés en France comme cela est prévu par l'article 4 du contrat, qui en limite l'accès aux personnes résidant en France au moins six mois par an pour tous les risques, les personnes non résidentes n'étant assurées que pour le risque décès.

Sur ce :

Dès lors que l'article 4 du contrat définit clairement la « population assurable » comme celle âgée de moins de 65 ans résidant en France au moins 6 mois par an, les personnes non résidentes ou y résidant moins de 6 mois par an, l'article 132-1 al 7 du code de la consommation interdit l'appréciation de son caractère abusif pour les souscripteurs se trouvant dans la situation visée par cette disposition au moment de la souscription.

En revanche, cette clause devient une clause d'exclusion générale et indifférenciée pour les souscripteurs qui, entrant dans les prévisions de l'article 4 lors de la souscription se voient privés de cette garantie en raison d'accidents ou de maladies les frappant hors de France en cours de contrat alors même qu'ils règlent leurs primes.

Cette disposition indifférenciée doit dès lors s'analyser en infraction à l'article R132-1 5° du code de la consommation, en ce qu'elle contraint le consommateur à exécuter ses obligations alors que, réciproquement, le professionnel se dispense d'exécuter son obligation de garantie. Elle doit être jugée abusive.

6- l'article 11-2: les garanties cessent « après le prononcé de la déchéance du terme du contrat de prêt »

L'**UNION DÉPARTEMENTALE DES ASSURÉS** soutient que cette clause est déséquilibrée dans l'hypothèse d'une déchéance résultant de l'attitude de l'assureur, notamment de l'interruption de la prise en charge des échéances.

Elle ajoute que la clause n'est pas rédigée de manière très apparente, que s'agissant d'une clause d'exclusion, elle est illicite au regard de l'article L 112-4 du code des assurances.

Sur ce :

Comme l'a retenu le premier juge, la clause apparaît licite en ce qu'elle est la conséquence de l'interdépendance des contrats de prêt et d'assurance, elle n'apparaît pas abusive du fait de l'interruption du paiement des primes d'assurance à compter de la déchéance du terme à raison du caractère réciproque des obligations. Rédigée en caractères gras, elle apparaît suffisamment lisible au regard de l'article L112-4 du code des assurances, s'agissant d'une clause d'exclusion

7-l'article 11-2 : les garanties « toutes causes » prévues dans le présent contrat cessent : « en cas de renégociation amiable du contrat de prêt entre le prêteur et l'emprunteur »

L'**UNION DÉPARTEMENTALE DES ASSURÉS** estime cette clause déséquilibrée ou abusive comme comportant une inexécution sans contrepartie contraire à l'article R132-1 § 5 du code de la consommation, puisque l'assuré reste tenu des primes en perdant les garanties d'assurance, et que les modifications convenues à l'amiable entre l'emprunteur et le prêteur ne peuvent avoir d'effet contractuel sur l'assureur.

Elle fait valoir que la garantie est enfermée dans le même montant global de la somme empruntée, si bien qu'une renégociation ne modifie rien à la situation de l'assureur, qui garantit toujours le même assuré, dans les mêmes conditions de santé, pour le même montant de prêt total, qu'ainsi, l'article 1165 du code civil doit trouver application.

Elle ajoute que seule une clause excluant une garantie dans les mêmes conditions serait acceptable, contrairement à cette clause qui fait cesser la garantie en cas de renégociation.

Elle ajoute enfin que la clause emporte cessation de garantie sans être mentionnée en caractères très apparents contrairement aux exigences du code des assurances, qu'elle est illicite au regard de l'article L112-4 du code des assurances.

La **CA CNP ASSURANCES** reprend à son compte la motivation du tribunal selon laquelle l'assureur ne contraint pas le consommateur à exécuter ses obligations alors que réciproquement le professionnel n'exécuterait pas ses obligations de délivrance ou de garantie d'un bien ou son obligation de fourniture de services, que l'assureur ne saurait être contraint de régler des mensualités ou un capital à des conditions différentes de celles qu'il a acceptées initialement lors de la souscription.

Elle fait valoir qu'à l'occasion de la renégociation, la durée de remboursement est rallongée, ce qui a pour effet de modifier le risque en fonction des antécédents médicaux et de l'âge de l'assuré au paiement de la dernière échéance.

Elle soutient que cette clause n'a pas à être mentionnée en caractères très apparents s'agissant d'une définition des garanties et non une clause d'exclusion.

Sur ce :

La renégociation amiable modifie les modalités du remboursement, en taux comme en durée.

Il n'est pas démontré par [REDACTED] que la renégociation ait pour effet global un alourdissement pour elle du risque assuré.

La privation des garanties attachées à l'assurance constitue en revanche pour l'assuré -l'emprunteur- un risque très important, caractérisant à son détriment un déséquilibre significatif entre les droits et obligations des parties au contrat.

La clause doit ainsi être jugée abusive.

8- L'article 11-2 : les garanties « toutes causes » prévues dans le présent contrat cessent (à l'exception de celle relative au décès) : ...au jour du 65e anniversaire de l'assuré pour les garanties PTIA, ITD et ITT sans entraîner de modification du montant des primes ».

L-[REDACTED] soutient que cette clause est déséquilibrée au profit de l'assureur, qui devrait faire signer un contrat à durée déterminée jusqu'à l'âge de 65 ans, alors, en outre, que la prime continue d'être due au delà de 65 ans, que la clause est ainsi d'autant plus irréfragablement abusive au regard de l'article R.132-1 § 5° du code de la consommation que le contrat est conclu à un âge proche de 65 ans.

Elle ajoute qu'une telle clause doit être mentionnée en caractères très apparents, qu'à défaut, elle est illicite.

La [REDACTED] fait valoir qu'il s'agit d'un contrat d'assurance groupe aux conditions tarifaires favorables, et licites, permettant aux assurés de payer la même prime tout au long de la vie du contrat alors même que celle-ci devrait augmenter d'année en année en fonction de l'âge de l'assuré.

Elle soutient ne pas bénéficier d'un avantage excessif, la couverture du risque décès étant la contrepartie du paiement de la prime, ajoute que les garanties PTIA, ITD et ITT sont étroitement liées à l'exercice d'une activité professionnelle que l'objet de l'assurance disparaît à l'âge de la retraite à taux plein garanti, que l'[REDACTED] ne démontre pas que le montant de la prime n'a pas tenu compte de la cessation des garanties PTIA, ITD et ITT à l'âge de 65 ans.

Sur ce :

Selon l'article 4 de la notice, la demande d'adhésion est réservée aux personnes âgées de moins de 65 ans au jour de la signature du questionnaire de santé. Son principe même est l'assurance de personnes actives susceptibles de pertes des ressources nées de leur activité.

Dans ce contexte, s'agissant d'un contrat d'assurance, l'assuré paye la même prime quel que soit son âge au moment de la souscription, tandis que la prise en compte des risques PTIA, ITD et TTT au delà de l'âge de 65 ans est de nature à déséquilibrer l'économie globale du contrat, alors qu'en revanche, les ressources des assurés ne sont pas nécessairement affectées par la cessation de leur activité professionnelle.

La clause ne peut dans ces conditions être déclarée abusive.

11-l'assuré est en état d'invalidité totale et définitive lorsqu'il se trouve, en cours d'assurance et en état de cause avant sa mise à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause et dans tous les cas avant son 65e anniversaire, dans l'impossibilité totale, définitive et médicalement constatée d'exercer une activité ou un travail pouvant lui procurer gain ou profit sans que cet état nécessite pour autant l'assistance totale d'une tierce personne (article 14.3 § 1)

La SA [REDACTED] ne discute pas qu'il puisse s'agir d'une clause d'exclusion qu'elle s'engage à mentionner en caractères très apparents.

Elle conteste son caractère abusif en ce que, selon l'ARTICLE CHOISI [REDACTED], elle laisserait penser que l'assuré ne sera pas couvert dès qu'il est placé en préretraite ou retraite, ou qu'il a atteint 65 ans, puisque que le contrat consiste à assurer la population active.

L'ARTICLE CHOISI [REDACTED] soutient que cette clause est abusive en ce qu'elle laisse penser que l'assuré ne sera pas couvert dès sa retraite ou préretraite, événement par nature inopérant sur l'état de santé de l'assuré, et notamment sur son invalidité, que cette clause est abusive en outre lorsque la retraite ou préretraite est la conséquence de l'état de santé de l'assuré, comme le retient l'avis 06-01 de la commission des clauses abusives.

Sur ce :

Clause d'exclusion de garantie si l'invalidité survient avant la mise à la retraite ou à la préretraite, en tout état de cause avant le 65e anniversaire, elle doit être déclarée illicite pour ne pas être mentionnée un caractère très apparents par application de l'article L112-4 du code des assurances.

Clause de définition du risque ce qui concerne l'invalidité totale et définitive, elle n'est pas clairement rédigée et compréhensible en ce qu'elle ne précise pas que si la préretraite, la retraite ou la cessation d'activité professionnelle sont la conséquence directe et involontaire de la réalisation du risque, celle-ci sera couverte, alors que dans ce cas, la clause litigieuse, qui, sans être mentionnée en caractères très apparents, exclut la garantie du risque assuré, a pour effet de priver le contrat de toute efficacité et crée ainsi un déséquilibre entre les droits et obligations des parties (avis 06/02 de la CCA) ;

12- l'assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) jusqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours, appelée délai de franchise, et avant son 65e anniversaire, sa mise à la retraite ou à la préretraite quelle qu'en soit la cause, il se trouve (...) (article 14.4 a)

La [REDACTED] ne conteste pas qu'il puisse s'agir d'une clause d'exclusion qu'elle s'engage à mentionner en caractères très apparents .

Elle soutient que la clause ne peut être jugée déséquilibrée s'agissant d'un contrat de groupe consistant à assurer la population en âge de travailler.

L' [REDACTED] demande de confirmer le jugement en ce qu'il a retenu le caractère illicite de cette disposition pour la même raison que la clause 11 en ce qu'elle exclut la garantie en cas de mise à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause, y compris lorsqu'elle résulte de l'état de santé de l'assuré.

La clause doit être jugée illicite pour les mêmes motifs que la clause précédente, comme l'a retenu le premier juge.

13- l'assuré est en incapacité temporaire totale de travail (ITT) lorsqu' (...) il se trouve par suite d'une maladie ou d'un accident dans l'impossibilité médicalement constatée :

-pour un assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre (y compris recherche d'emploi) d'exercer une activité professionnelle à temps plein ou une activité professionnelle à temps partiel. (Article 14.4 a),

La [REDACTED] soutient que le tribunal, a outrepassé ses pouvoirs au regard de l'article L 132-1 alinea 7 du code de la consommation qui dispose que « l'appréciation du caractère abusif des clauses au sens du premier alinéa ne porte ni sur la définition de l'objet principal du contrat ni sur l'adéquation du prix ou de la rémunération du bien vendu aux services offerts pour autant que les clauses sont rédigées de façon claire et compréhensible » en retenant le caractère abusif de la clause alors que la définition de l'ITT, rédigée de façon claire et compréhensible pour définir l'objet du contrat, exclut qu'une telle clause soit déclarée abusive.

Elle soutient que la formulation du contrat selon laquelle le risque garanti est celui qui intervient « quand l'état de santé de l'assuré met celui-ci dans l'impossibilité absolue médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle à temps plein ou partiel » est claire et non ambiguë, en cohérence avec les autres dispositions du contrat.

Elle invoque les décisions de la Cour de cassation comme de nombreuses cours d'appel retenant le caractère clair de la définition de l'ITT par le contrat.

À titre subsidiaire, elle demande de juger la décision mal fondée en ce qu'elle a considéré la clause comme une clause d'exclusion, alors qu'est valable la clause dont l'objet est de garantir l'incapacité empêchant l'exercice de toute activité professionnelle, et pas exclusivement de l'activité exercée.

Elle récuse le moyen selon lequel cette clause relèverait d'une pratique déloyale en ce qu'elle limiterait les garanties énoncées à l'article 1 de la notice.

L'art. 1 du contrat fait valoir que l'objet du contrat, tel qu'énoncé à l'article 1 de la notice, à savoir « *garantir, suivant le type de prêts, les assurés contre le risque de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), d'invalidité totale et définitive (ITD), et d'incapacité temporaire de travail (ITT)* » ne peut laisser penser que la plupart des risques visés sont soit limités soit exclus.

Elle soutient qu'une telle pratique est déloyale du fait de la distorsion entre le bulletin d'adhésion, la notice, et les dispositions du contrat, qui ne permet pas au consommateur d'apprécier correctement le niveau de couverture proposé, et est de nature à l'induire en erreur en contravention avec l'article L121-1-1 § 2 du code de la consommation.

Elle soutient que la notion « *d'impossibilité absolue d'exercer une activité professionnelle* » est en elle-même ambiguë, pouvant s'agir selon le glossaire édicté par le comité consultatif du secteur financier :
de l'inaptitude à l'activité exercée au moment du sinistre,
de l'inaptitude à exercer une activité socialement équivalente,
de l'inaptitude à exercer toute activité,

elle ajoute encore que la définition soutenue par la [redacted] est contraire à l'avis du CNC du 20 octobre 1998 qui préconisait de définir l'incapacité de travail comme « *le handicap physique ou psychique résultant d'une maladie ou d'un accident et entraînant une interruption d'activité professionnelle* » qui vise l'activité professionnelle en cours.

Sur ce : L'incapacité temporaire totale de travail est selon l'acception commune une incapacité médicalement reconnue mettant l'assuré dans l'impossibilité complète et continue (à la suite de maladie ou d'accident) de se livrer à son activité professionnelle lui rapportant gain ou profit,

L'article 1er du contrat (objet du contrat) ne dément pas cette définition de l'ITT, sans précision ni restriction complémentaire, avalisant ainsi la définition communément admise.

L'article 16.4.1 du contrat impose en cas d'ITT la production d'une attestation médicale d'incapacité ainsi qu'une attestation d'arrêts de travail, confirmant cette interprétation large de l'ITT.

Cette définition est cependant cantonnée par l'article 14-4 a/, sans que soit à cet égard spécialement attirée l'attention du souscripteur, à l'impossibilité absolue médicalement constatée d'exercer une activité professionnelle à temps plein ou une activité professionnelle à temps partiel, au delà de l'activité professionnelle effectivement exercée.

Cette restriction apparaît de la sorte, au regard de la définition de l'article 1er, de la définition communément admise de l'ITT et attendue de l'assuré, comme une exclusion substantielle de garantie dont le caractère abusif doit être retenu.

14- L'article 14.4 a *Pour un assuré n'exerçant pas d'activité professionnelle, il doit être dans l'impossibilité absolue... d'exercer ses activités privées non professionnelles à temps plein ou une activité non professionnelle à temps partiel* ».

L'ÉTAT QUÉBÉCOIS fait valoir que l'impossibilité absolue d'activités privées non professionnelles, est générale, n'est pas définie, floue, peut se confondre avec la PTIA (perte totale et irréversible d'autonomie) de sorte que l'assuré court le risque de ne jamais être indemnisé, et donc n'est pas conforme à l'article R132-1 § 4 du code des assurances, d'ordre public qui interdit les clauses qui ont pour effet de permettre au professionnel de déterminer lui-même si une situation est conforme au contrat.

La **CAISSE D'ASSURANCE** soutient que cette clause n'est pas abusive puisqu'elle permet aux assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle de ne pas être exclus de la garantie ITT.

Sur ce : Aucune définition plus précise ne peut être donnée de l'ITT pour les personnes n'exerçant pas d'activités professionnelles s'agissant de cas particuliers et d'activités exclusives de la définition de la PTIA, privation de la capacité de se *laver, s'habiller, se nourrir et se déplacer seul* de sorte que la clause ne sera pas jugée abusive.

16 -l'article 14.4.c II, au titre de la prise en charge l'ITT :« *si l'assuré est sans profession ne perçoit pas d'attestation ASSEDIC ou d'organismes similaires :(l'assureur règle) 50 % du montant de l'échéance mensuelle de remboursement (prime d'assurance comprise au titre du présent contrat) au prorata du nombre de jours d'incapacité reconnus par l'assureur et de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de demande d'adhésion* ».

L'ÉTAT QUÉBÉCOIS fait valoir que l'assurance ne garantit alors que la moitié de l'indemnisation initialement conclue (dans l'hypothèse d'une assurance à 100 % des mensualités) alors même que l'assuré paie la totalité de la prime, que l'indemnisation peut être différente selon que l'un ou l'autre des co emprunteurs se retrouve sans emploi.

La **CAISSE D'ASSURANCE** demande de retenir, comme le tribunal, que le contrat comportant trois catégories d'assurés, proposant des garanties différentes selon leur situation professionnelle, la définition de chacune de ces garanties ne peut s'analyser comme une modalité de prise en charge d'une même garantie.

Sur ce : la mutualisation des primes justifie la définition d'une prise en charge différenciée des assurés sans profession malgré des primes égales alors que cette définition est claire, précise, et sans ambiguïté.

17-L'article 14.4.c III « *si l'assuré est salarié, fonctionnaire ou assimilé, ou perçoit des allocations ASSEDIC ou d'organismes similaires : la prestation mensuelle est calculée sur la base de l'échéance rapportée au mois, au prorata de la quotité d'assurance figurant sur le bulletin individuel de la demande d'adhésion, et dans tous les cas limitée à la perte de revenus de l'assuré.*

L'ÉTAT QUÉBÉCOIS soutient qu'il s'agit d'une cause d'exclusion partielle qui n'est pas mentionnée de manière très apparente, que l'objet de l'assurance est la prise en charge des mensualités, et non d'une partie limitée seulement, la perte de revenus étant de surcroît évaluée sur la moyenne des 12 derniers mois et non sur le dernier salaire perçu, qu'enfin, aucune information n'est donnée sur un éventuel prorata de la prime supportée par l'emprunteur.

La SA CNE ASSURANCES soutient que le fait que le montant de la prestation soit limité à celui de la perte de revenus de l'assuré ne constitue pas une clause d'exclusion partielle mais s'inscrit dans la définition de la garantie.

Elle ajoute que dans la mesure où cette clause est claire et précise et ne contraint pas le non professionnel ou le consommateur à exécuter ses obligations alors que réciproquement, le professionnel n'exécuterait pas les siennes, elle ne peut être déclarée abusive.

Sur ce : Claire et compréhensible, s'agissant de la définition de la prise en charge des prestations mensuelles d'assurance permettant la prise en charge des pertes de revenus des salariés, fonctionnaires, bénéficiaires des ASSEDIC, cette clause n'apparaît pas abusive

19- L'article 14.4 in fine qui prévoit qu'en cas de : « *modification des échéances du prêt à la hausse à l'initiative de l'assuré, intervenue dans les 365 jours précédant la date du sinistre, l'assureur retiendra pour assiette de calcul de la prestation le montant de l'échéance précédant l'augmentation* ».

L'UFC QUE CHOISIR 15 soutient que la prise en charge des échéances du prêt est la contrepartie de la prime, et que l'augmentation des échéances correspond à une durée moindre d'apurement, donc à un risque réduit, pour une augmentation de ses mensualités pour l'emprunteur.

Elle soutient qu'il s'agit d'une clause d'exclusion partielle qui doit, comme la précédente, être présumée de manière irréfragable comme abusive, alors qu'en outre, elle n'est pas compensée par une poursuite de la prise en charge des échéances en cas de diminution par l'emprunteur de ses mensualités.

La SA CNE ASSURANCES soutient qu'il s'agit là d'une définition de la garantie, et non d'une modalité de prise en charge.

Sur ce :

Il s'agit d'une restriction dans la définition de la garantie au détriment de l'assuré, et non d'une exclusion, dont la justification peut être trouvée dans la limitation du montant total des primes payées au regard de la réduction de la durée de l'emprunt.

Sa rédaction claire et précise interdit en l'espèce de la juger abusive.

20-*le versement des prestations incapacité temporaires totales de travail (ITT) cesse (...) ainsi que dans les cas suivants :*

-lorsque l'assuré n'est plus reconnu en ITT telle que définie à l'article 14-4 notamment -lorsqu'il est reconnu à exercer une activité même à temps partiel suite à un contrôle médical (article 15).

La SA CNE ASSURANCES soutient que le caractère abusif a été retenu comme découlant de la définition contractuelle, retenue comme abusive, de l'ITT.

L'UFC QUE CHOISIR 30 soutient le caractère abusif de cette disposition, qui contredit l'article 14.4 a du contrat qui prévoit que la garantie est due lorsque l'assuré est dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle à temps plein ou une activité professionnelle à temps partiel à proportion, alors, de sa perte de revenus.

Le caractère abusif de cette disposition doit être retenu en ce qu'elle décline l'article 14-4 dont le caractère abusif a été retenu *supra*.

21-formalités en cas de décès :

il revient aux ayants droits de l'assuré de fournir à l'assureur (...) : un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle. En cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droits), le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse (article 16.1)

La SA CNP ASSURANCE fait valoir que la clause ne fait pas dépendre la prise en charge de l'obtention de documents dont la transmission peut être refusée, ni ne viole le secret médical, alors qu'il revient aux ayants droit de rapporter la preuve du droit qu'ils réclament.

L'UNION DÉPARTEMENTALE fait valoir que la justification du décès par l'intermédiaire d'un médecin est suffisante, que les autres dispositions violent le secret médical ou visent des pièces inutiles.

Comme l'a retenu le premier juge, la clause est claire dans sa définition de la cause accidentelle, et a contrario, de la cause naturelle en cas de décès, par référence à la définition de l'accident donnée dans le paragraphe initial de la notice d'information « champ d'application du contrat ».

Le secret médical n'est pas violé par la seule mention requise de la cause naturelle ou accidentelle du décès portée sur le certificat médical demandé.

La mention de l'obligation de la production en cas de décès accidentel d'un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou des éventuelles coupures de presse a été en revanche à bon droit jugée abusive par le premier juge, en ce qu'elle fait dépendre la prise en charge de la transmission de pièces de police ou gendarmerie qui peut leur être refusée.

22- formalités en cas de décès :

il revient aux ayants droits de l'assuré de fournir à l'assureur (...) :
-une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement.
-une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier (des échéanciers) du (des) contrat(s) de prêts en cours à la date du sinistre et indiquant la date de la dernière échéance du prêt,
-une copie du (des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion accompagnée du questionnaire de santé,
-un exemplaire des conditions particulières d'assurances acceptées par l'assuré (article 16.1)

La SA CNP ASSURANCE fait valoir qu'elle n'est pas partie au contrat de prêt passé entre l'emprunteur et l'établissement de crédit, qu'ainsi la production des documents énumérés est indispensable pour la détermination de la prestation à verser.

Elle s'engage au besoin à modifier la rédaction de cette clause.

L'UNION DÉPARTEMENTALE fait valoir que la position de SA CNP ASSURANCES vaut aveu judiciaire.

Sur ce :

Dans l'assurance groupe, l'organisme de crédit est de façon générale à la fois souscripteur de la police et attributaire des garanties. Il recueille directement par l'effet d'une stipulation pour autrui faite à son profit le bénéfice de l'assurance alors qu'en outre, en sa qualité de souscripteur, il est aussi intéressé financièrement à l'opération, perçoit des commissions sur les adhésions et des participations aux résultats du contrat.

Selon l'article R512-3 1° du code des assurances, « *les assurances contre les risques de décès, d'invalidité, de pertes d'emploi ou de l'activité professionnelle souscrites expressément et exclusivement en vue de servir de garantie au remboursement d'un prêt peuvent être présentées par le prêteur ou les personnes concourant à l'octroi de ce prêt* »

L'exigence imposée aux ayants droits dans ces conditions de production de telles pièces justificatives des droits de l'assuré décédé alors qu'elle sont en possession de l'assureur, ou d'obtention aisée pour celui-ci apparaît abusive, les ayants droits étant mis dans la position souvent difficile, voire impossible, de retrouver de telles pièces

23- formalités à remplir en cas de PTIA :

il revient à l'assuré ou à ses ayants droits de fournir à l'assureur (...) : -un certificat médical attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle lui procurant un revenu et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte (article 16.2),

La SA CNP ASSURANCES ne conteste pas que cette clause est contraire à la recommandation des clauses abusives n° 90-01 B 10° en ce qu'elle ne mentionne pas la possibilité pour l'assuré d'adresser ce certificat médical soit à un médecin conseil missionné par l'assureur pour en assurer la confidentialité, soit directement à l'assureur.

Elle s'engage à corriger en ce sens son contrat et sa prochaine notice d'information.

Comme l'a retenu le premier juge, cette stipulation doit être déclarée abusive comme contraire à la recommandation des clauses abusives n° 90-01 B 10°, pour ne pas prévoir la possibilité pour l'assuré de fournir ce certificat médical à un médecin missionné à cet effet..

25-*pour les assurés ayant la qualité de cautions telle que précisé au bulletin individuel de demande d'adhésion, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant la mise en œuvre depuis plus de six mois à la date du sinistre de la procédure de recouvrement engagée à leur encontre (16.2 in fine, 16.3 in fine, 16.4.2 in fine)*

La SA CNP ASSURANCES soutient que la qualité d'assuré pris en charge de la caution est subordonnée à la justification du caractère effectif de la mise en œuvre depuis plus de 6 mois du cautionnement, dont cette disposition vise à garantir la réalité.

Elle soutient qu'il s'agit d'une condition de garantie se rapportant à l'objet même du contrat, dont la rédaction est claire et précise.

L'assureur soutient que la clause n'est pas claire, qu'un tel délai n'est pas justifié, et crée un déséquilibre d'autant plus manifeste que la caution n'est pas maîtresse de l'action que le créancier principal peut exercer contre elle.

Sur ce :

la réalité de la mise en œuvre effective de la caution constitue une condition de la garantie, alors que l'article 14 du contrat, complété par les clauses litigieuses, « *définitions des garanties et montants des prestations* » donne une définition claire et compréhensible de cette garantie : « *les cautions doivent avoir été actionnées au titre de leur obligation de cautions pendant plus de six mois à la date de survenance du sinistre PTIA, ITD ou ITT pour demander le bénéfice des garanties* ».

La clause ne pourra dans ces conditions être jugée abusive.

26-*l'assureur peut réserver sa décision dans l'attente du rapport d'une visite médicale passée par l'assuré à la demande de l'assureur auprès d'un médecin mandaté par ce dernier et à ses frais afin de vérifier que l'assuré est bien en état de PTIA, ITD, ou ITT tel que défini à l'article 14.2, 14.3 ou 14.4 (article 17 § 2),*

La SA CNP ASSURANCE invoque l'arrêt de la Cour de Cassation du 10 septembre 2014 selon laquelle n'est pas abusive « *la clause qui subordonne l'octroi ou le maintien des prestations versées en exécution de la garantie ITT au résultat d'un contrôle médical diligenté par l'assureur sans que le consommateur ne soit informé de la faculté de se faire assister d'un médecin de son choix lors de cet examen dès lors que le contrat d'assurance offrait la possibilité à l'adhérent de solliciter la mise en œuvre d'une procédure de conciliation et de tierce expertise à laquelle le médecin de son choix pouvait intervenir* »

alors qu'en l'espèce l'article 18 du contrat type intitulé « *procédure de conciliation et tierce expertise* » prévoit le droit de l'adhérent de se faire assister du médecin de son choix.25-l'article 16.2.2 in fine, 16.3 in fine, 16.4.2 in fine et 16.4.2 in fine concernant les cautions des crédits : « *pour les assurés ayant la qualité de caution telle que précisé au bulletin individuel de demande d'adhésion, outre les pièces relatives à leur état de santé, il convient de transmettre une copie des documents justifiant la mise en œuvre depuis plus de six mois à la date du sinistre de la procédure de recouvrement engagé à leur encontre* »

Sur ce :

la clause qui subordonne l'octroi ou le maintien des prestations versées en exécution de la garantie incapacité temporaire totale au résultat d'un contrôle médical diligenté par l'assureur, sans que le consommateur soit informé de la faculté de se faire assister du médecin de son choix lors de cet examen et d'opposer, le cas échéant, les conclusions de son propre médecin traitant, n'est pas abusive dès lors qu'elle est immédiatement suivie d'une clause dans l'article 18 de la notice d'information « *procédure de conciliation et d'expertise* » qui permet à l'assuré, en cas de refus de prise en charge suite à un contrôle médical, de solliciter la mise en œuvre d'une procédure de conciliation et de tierce expertise au cours de laquelle le médecin de son choix peut intervenir.

29-L'article 20 alinea 3 et 4 : « *la cessation d'une garantie n'entraîne pas de modification du montant de la prime* ».

La SA CNP ASSURANCES indique que cette disposition est de nature à éviter toute confusion chez l'assuré, lui permettant de payer la même prime tout au long de la vie du contrat alors même que celle-ci devrait augmenter d'année en année en fonction de son âge, que la prime, constante et lissée sur la durée du prêt, prend en considération la date de cessation des garanties PTIA, ITD et ITT à l'âge de 65 ans, comme la prise en charge du risque décès jusqu'à l'âge de 75 ans.

L'UFC QUE CHOISIR SA soutient que cette clause est de manière irréfragable présumée abusive au regard de l'article R132-1 du code de de la consommation pour imposer au consommateur d'exécuter ses obligations alors que le professionnel n'exécute pas complètement les siennes.

Sur ce :

Cette clause n'est pas abusive dès lors qu'elle s'inscrit dans un contrat d'assurance collectif et non individuel qui a vocation à fonder le montant des primes indépendamment des risques individuels garantis.

Sur les indemnités :

La SA CNP ASSURANCES invoque l'irrecevabilité de la demande d'indemnisation, en raison de la diffusion du contrat en dehors du département de l'Isère.

À titre subsidiaire, elle soutient que l'utilisation un tel contrat depuis des dizaines d'années avec l'agrément des autorités de contrôle de l'assurance, et sans aucune contestation, interdit de retenir une faute à son encontre, alors que les assurés ne justifient d'aucun préjudice financier.

Elle ajoute que l'UFC QUE CHOISIR SA n'a entrepris aucune démarche pour tenter de régler à l'amiable les difficultés retenu par le tribunal.

L'UFC QUE CHOISIR SA invoque le nombre de contrats en cause et le maintien des clauses irrégulières, qui causent aux consommateurs un préjudice augmenté par leur durée d'usage.

Sur ce :

Le premier juge a exactement caractérisé au regard de l'article L421-6 du code de la consommation le préjudice à l'intérêt collectif des consommateurs isérois occasionné par un contrat assimilable à un contrat d'adhésion, utilisé par un réseau de banques importantes (Banque postale et Caisse d'Épargne) comme accessoire de prêts immobiliers de souscription habituelle, alors que la notice d'information est d'une lecture très malaisée pour le souscripteur.

Le maintien en circulation de cette notice d'information non rectifiée malgré le prononcé de l'exécution provisoire pendant la durée de la procédure, soit plus de deux ans et demi, justifie que le montant des dommages et intérêts en réparation du préjudice collectif soit porté à la somme de 30.000 €.

Le préjudice associatif sera réparé, comme l'a retenu le tribunal, à la somme de 1.500 €.

Sur la demande de publication :

La publication par extraits selon les modalités retenues par le premier juge, par voie de presse, et sur le site internet de la SA CNP ASSURANCES à l'initiative de la SA CNP ASSURANCES apparaît justifiée eu égard au nombre de consommateurs concernés. S'agissant d'une action collective, l'information individuelle de chacun des assurés n'apparaît pas nécessaire.

Il apparaît inéquitable de laisser à SA CNP ASSURANCES l'entière charge des frais qu'elle a du engager à l'occasion de la présente procédure.

La somme de 2.000 € lui sera allouée par application de l'article 700 du Code de procédure civile.

PAR CES MOTIFS, la cour, après en avoir délibéré, statuant publiquement par arrêt contradictoire,

- confirme le jugement déféré en ce qu'il a :

déclaré illicites ou abusives 10 clauses de la notice type de la SA CNP ASSURANCES, à savoir :

2- le questionnaire de santé peut éventuellement être complété d'examens médicaux de laboratoire et, le cas échéant, d'une visite médicale passée auprès d'un médecin désigné par l'assureur à ses frais (article 7.2)

3- le prêteur mettra à la disposition de l'emprunteur qui le souhaiterait une enveloppe qui permettra l'envoi du questionnaire de santé au médecin conseil de l'assureur (article 7 § 4)

4- toutefois si une évolution de l'état de santé de l'emprunteur survient dans le délai de trois mois et avant la prise d'effet des garanties, et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande d'adhésion, l'emprunteur est tenu d'en informer l'assureur sous peine de nullité de l'adhésion (article 7 in fine),

11- l'assuré est en état d'invalidité totale et définitive lorsqu'il se trouve, en cours d'assurance et en tout état de cause avant sa mise à la retraite ou préretraite quelle qu'en soit la cause, et dans tous les cas avant son 65e anniversaire, dans l'impossibilité totale, définitive et médicalement constatée d'exercer une activité ou un travail pouvant lui procurer bien ou profit sans que cet état nécessite pour autant l'assistance totale d'une tierce personne (article 14.3 § 1).

12- l'assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) jusqu'à l'expiration d'une période d'interruption continue d'activité de 90 jours, appelée délai de franchise, et avant son 65e anniversaire, sa mise à la retraite ou à la préretraite quelle qu'en soit la cause (article 14.4 a),

13- l'assuré est en incapacité temporaire totale de travail (ITT) lorsqu' (...) il se trouve par suite d'une maladie ou d'un accident dans l'impossibilité médicalement constatée :

- pour un assuré exerçant une activité professionnelle au jour du sinistre (y compris recherche d'emploi) d'exercer une activité professionnelle à temps plein ou une activité professionnelle à temps partiel (article 14.4 a),

20-le versement des prestations incapacité temporaires totales de travail (ITT) cesse (...) ainsi que dans les cas suivants :
 -lorsque l'assuré n'est plus reconnu en ITT telle que définie à l'article 14-4 notamment lorsqu'il est reconnu inapte à exercer une activité même à temps partiel suite à contrôle médical (article 15),

21-formalités en cas de décès :
 il revient aux ayants droits de l'assuré de fournir à l'assureur (...) :
 un certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle ou accidentelle ;
 en cas de décès accidentel (d'après certificat médical ou déclaration des ayants droits) : le procès-verbal de police ou de gendarmerie ou les éventuelles coupures de presse (article 16.1),

22- formalités en cas de décès :
 il revient aux ayants droits de l'assuré de fournir à l'assureur (...) :
 -une copie de l'offre (des offres) préalable(s) de crédit signée(s) et le(s) éventuel(s) avenant(s) de réaménagement,
 -une copie du (des) tableau(x) d'amortissement ou de l'échéancier (des échéanciers) du (des) contrat(s) de prêts en cours à la date du sinistre et indiquant la date de la dernière échéance du prêt,
 -une copie du (des) bulletin(s) individuel(s) de demande d'adhésion accompagnée du questionnaire de santé,
 -un exemplaire des conditions particulières d'assurances acceptées par l'assuré (article 16.1),

23- formalités à remplir en cas de PTIA :
 il revient à l'assuré ou à ses ayants droits de fournir à l'assureur (...) :
 -un certificat médical attestant que l'assuré est définitivement incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle lui procurant un revenu et précisant la date à laquelle l'état de PTIA a revêtu la forme totale et irréversible et la nature de la maladie ou de l'accident dont il résulte (article 16.2),

Y AJOUTANT :

déclare abusifs ou illicites :

5 - l'article 9 alinea 2 selon lequel :

« les garanties n'interviennent pas lorsqu'elles résultent de maladies ou d'accidents frappant un assuré ne résidant pas sur le sol français ou un assuré résidant sur le sol français mais séjournant temporairement hors de France »

7-l'article 11-2 : les garanties « toutes causes » prévues dans le présent contrat cessent : « en cas de renégociation amiable du contrat de prêt entre le prêteur et l'emprunteur »

- dit que ces clauses sont réputées non écrites,

- ordonne la suppression de la totalité de ces clauses dans un délai de six mois à compter de la signification du jugement, et passé ce délai, sous astreinte provisoire de 800 € par jour de retard pendant une durée de deux mois,

- condamne la SA CNP ASSURANCES à payer à l'UFCVUE OITORSIR 38 la somme de 30 000 € en réparation de son préjudice collectif, 1.500 € en réparation de son préjudice associatif,

- ordonne la publication par extraits et l'insertion sur la page d'accueil de son site Internet d' une mention des clauses déclarées illicites ou abusives, selon les modalités et délais fixés par le jugement déféré,

- déboute la SA ENI ASSURANCES et LIFE QUE CHOISIR du surplus de leurs demandes,

- condamne la SA ENI ASSURANCES à payer à LIFE QUE CHOISIR la somme de 2.000 € par application de l'article 700 du code de procédure civile ainsi qu'aux dépens.

Prononcé par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile,

Signé par Monsieur FRANCKE, Président, et par Madame DESLANDE, Greffier, auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

Le Greffier

Le Président