/// ombudsman
de l'assurance privée et de la suva

Rapport annuel 2012

40e anniversaire
de l'office de médiation

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Conseil de Fondation	Rolf Schweiger, ancien conseiller aux Etats, Baar, président Fulvio Caccia, ancien conseiller national, Camorino, vice-président Gabi Huber, avocate, conseillère nationale, Altdorf Alfred Leu, CEO Generali (Suisse) Holding, Adliswil Francis Matthey, ancien conseiller d'Etat, La Chaux-de-Fonds Thomas Mäder, directeur Suva, Root Hanspeter Seiler, ancien président du Conseil national, Oberhofen Silva Semadeni, conseillère nationale, Coire
Médiateur	Martin Lorenzon, avocat
Office de médiation Suisse alémanique	Nathalie Tuor, avocate Peter Arnold, avocat (jusqu'au 30 septembre 2012) Laura Meile, avocate Stefanie Maag, avocate Suzanne Schaad-Ritt, avocate (à partir du 1 novembre 2012) Jacqueline Müller, secrétariat Anne-Catherine Nabholz De Zaiacomo, docteur ès lettres, secrétariat
Bureaux décentralisés Suisse romande	Me Olivier Subilia, docteur en droit, avocat
Suisse italienne	Avv. Carlo Luigi Caimi

Avant-propos

Chères lectrices, chers lecteurs,

La Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva a célébré ses 40 ans d'existence le 2 juin 2012. Lorsque l'office de médiation a entamé son activité en 1972, d'aucuns ont exprimé des doutes : la « figure » de l'Ombudsman mise en avant par ses promoteurs n'était-elle pas « mort-née » ? D'autant plus qu'il ne disposerait d'aucune compétence décisionnelle, et la fondation serait financée par le secteur des assurances.
Ces craintes ne se sont pas concrétisées. Le besoin d'un office de médiation neutre, dissocié de tout intérêt particulier – alternative aux procédures judiciaires gratuite, efficace et axée sur les solutions – ne fait aujourd'hui plus de doute. A ce jour, tous les grands assureurs sont affiliés à l'Ombudsman. Depuis sa fondation il y a plus de 40 ans, l'office de médiation a traité environ 80 000 demandes et plaintes. En 2002, le secteur de l'assurance-accidents obligatoire a été rattaché à l'office de médiation, avec, en même temps, une extension du champ d'action à la Suva. Le secteur de la prévoyance professionnelle (LPP) s'y est ajouté en 2006, puis l'assurance militaire en 2008. Aujourd'hui, avec ses bureaux décentralisés en Suisse romande et en Suisse italienne, l'office de médiation est intégré et accepté de manière optimale dans toutes les régions du pays. De plus, en raison de l'augmentation croissante des cas liés à des problèmes dépassant les frontières, l'office de médiation n'a cessé de développer son réseau international de relations.
Cette évolution implique que l'ombudsman et ses collaborateurs traitent toutes les requêtes et plaintes soumises en vertu du droit en vigueur, en toute indépendance, impartialité et transparence, tout en garantissant la participation et la marge de manœuvre des différentes parties. Ces principes constituent le fondement de notre action !
Afin de garantir que la tâche de l'office de médiation soit accomplie avec toute la distance nécessaire vis-à-vis du secteur des assurances, l'office est géré par une fondation, dont le conseil de fondation n'est pas désigné par des acteurs de la branche. Le conseil de fondation se constitue lui-même et garantit l'indépendance de l'institution depuis plus de quatre décennies. Il se compose de huit membres, dont la majorité n'ont pas de liens étroits avec les assureurs privés ou la Suva. Les deux représentants de la branche sont minoritaires et ne disposent pas du droit de veto. Les six autres membres du conseil de fondation sont des personnalités impartiales et neutres faisant ou ayant fait partie de l'Assemblée fédérale. Le conseil de fondation est présidé depuis le 1er janvier 2006 par l'ancien conseiller aux Etats Rolf Schweiger.
Si l'office de médiation peut offrir ses services gratuitement à toutes les personnes sollicitant un conseil, c'est parce que l'Association suisse des assurances et la Suva approuvent sans réserves ni conditions les dépenses inscrites au budget annuel par le conseil de fondation. Une constante depuis plus de 40 ans maintenant.

Nous remercions les assurés et les compagnies d'assurances pour la confiance témoignée à l'égard de notre institution, ainsi que nos collaborateurs pour leur engagement au service des personnes sollicitant un conseil.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Fondation
Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Résumé du rapport annuel 2012

Au cours de l'exercice de référence 2012, 3892 cas ont été soumis à l'office de médiation. Parmi ceux-ci, 3365 relevaient de son champ de compétence, tandis que 527 d'entre eux n'ont pu être traités car hors compétence.

Pour son 40e anniversaire, l'office de médiation a ainsi traité environ 80 000 cas depuis sa fondation, chiffre pour le moins non négligeable.

Le nombre de cas entrant dans les compétences de l'office a progressé de 41 par rapport à l'année précédente. Cette légère hausse de 1,2% est due à l'augmentation de 4,8% des demandes en Suisse romande (20 de plus) et de 16,3% en Suisse italienne (36 de plus), compensant un léger recul de 0,5% des demandes en Suisse alémanique (15 de moins).

Les demandes liées à certains secteurs d'assurance précis ont sensiblement évolué. Le secteur des assurances protection juridique a connu la plus forte hausse des demandes, avec souvent, à la clé, des questions préjudicielles étrangères au droit des assurances. Les cas ont augmenté de plus de 56%, passant de 203 à 318. Les plaintes particulièrement complexes concernant le secteur LAA ont également enregistré une hausse significative, passant de 519 à 613 (+16,2%). En revanche, les demandes liées à l'assurance vie ont connu un net recul et sont passées de 533 à 375 (-29,6%). Pour ce qui est des plaintes portant sur les assurances d'indemnités journalières, elles ont aussi sensiblement diminué, passant de 621 à 524 (-15,6%).

Le secteur des assurances de personnes a subi une augmentation significative des requêtes pour lesquelles l'obligation d'indemniser d'un assureur n'a pu être parfaitement déterminée. En effet, il était impossible de se procurer des documents essentiels concernant des événements s'étant déroulés il y a plus de dix ans, vu que la durée habituelle de conservation des dossiers ne dépasse pas dix ans.

Dans 2995 cas, le problème a directement pu être réglé avec l'assuré ou le requérant. 370 des 1400 demandes écrites soumises à l'office de médiation ont donné lieu à une intervention auprès des compagnies d'assurance. Enfin, de meilleures conditions ont pu être obtenues pour le requérant dans 67,1% des cas.

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2012

Evolution du nombre de cas 1

Demandes et plaintes ventilées par branches 3

Branches principales des 5 dernières années 4

Ventilation des demandes selon leur provenance 4
– Ventilation selon le sexe ou autres critères 4
– Ventilation en fonction des régions linguistiques 5
– Provenance géographique des demandes et des plaintes 6

Interventions 7
– Taux d'interventions 7
– Interventions par branche / secteur 8
– Taux de succès lors des interventions 9

Collaboration avec les compagnies d'assurances 10

L'activité de l'office de médiation dans les diverses branches

Le secteur des assurances privées 11
– Secteur vie 11
– Secteur non-vie 12

Secteur LAA 16

Secteur de la prévoyance professionnelle 18

Le bureau décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse romande 20

Bureau décentralisé de Suisse italienne 21

Autres activités 23

Mutations dans le personnel 24

Révision totale de la LCA

Position de la Fondation sur la proposition d'ancrer l'office de médiation dans la loi 25

Les statistiques 2012

Statistique par régions : demandes reçues 27

Statistique par régions : cas traités 27

Activité de 2003 a 2012 28

Sociétés affiliées 29

Aperçu de l'exercice 2012

Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2012, le nombre des demandes et plaintes soumises à l'office de médiation s'est élevé à 3892 (3826 en 2011).

Total des demandes				3892	(3826)
De notre compétence				3365	(3324)
Cas réglés directement	• dont par téléphone	1965	(1899)		
	• dont par écrit	1030	(1050)	2995	(2949)
Interventions				370	(375)

Chiffres 2011 entre parenthèses

En comparaison avec l'exercice précédent, le nombre de cas relevant de notre compétence a augmenté de 41 (1,2%) pour s'établir à 3365. La proportion des demandes souvent très complexes et exigeant beaucoup de travail liées au secteur des assurances de personnes a, pour sa part, diminué, passant de 55,5% à 49,4%. Si l'on tient également compte des plaintes à l'égard des assurances voyages, qui portent essentiellement sur le refus de prise en charge de frais d'annulation pour des raisons de santé, de prestations d'assistance et de frais de guérison, la part des assurances de personnes de notre compétence reste élevée, à environ 53%. Quant au nombre de dossiers volumineux dont la complexité provient de questions compliquées de causalité dues à plusieurs problèmes de santé préexistants à la survenance du cas d'assurance, il demeure également élevé.

Demandes sortant du domaine de compétence de l'office de médiation

Branches	2012	2011
AVS	13	14
AC	3	9
AI	23	37
Caisses-maladie	256	250
Assurances cantonales	18	18
Compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger	13	6
Assureurs privés non affiliés à la fondation	45	41
Prévoyance en faveur du personnel (institutions LPP autonomes)	55	44
Divers	101	82
Assurance maternité	0	1
Total	**527**	**502**

Les demandes sortant de notre domaine de compétence ont, elles aussi, légèrement augmenté par rapport à l'année précédente. La proportion des cas enregistrés sous la rubrique « Divers », qui ne visent pas un assureur, a connu une hausse particulièrement marquée (de 82 à 101). Ce chiffre inclut notamment les plaintes à l'encontre des courtiers d'assurance, les questions relevant du droit du travail, telles que le montant des contributions LPP de l'employeur, le maintien du versement du salaire en cas d'incapacité de gain pour raisons de santé, des déductions sur salaire pour des primes d'assurance, etc. Comme les années précédentes, près de la moitié des cas (256) pour lesquels l'office de médiation n'était pas compétent portaient sur les caisses-maladie. Les personnes concernées ont été orientées vers l'Ombudsman de l'assurance maladie.

S'agissant des assurances de personnes, 603 cas (519) concernaient l'assurance accidents obligatoire, suivis par 524 cas (621) relatifs aux assurances indemnités journalières en cas de maladie, 375 demandes (533) relatives à l'assurance vie, 104 cas (133) portant sur le secteur LPP et 55 cas (40) sur les assurances accidents privées.
Les chiffres liés au secteur LAA incluent aussi les demandes touchant à l'assurance militaire. En 2012, il y a eu un total de 6 cas.

Assurance accidents obligatoire	603	(519)
Assurance indemnités journalières maladie	524	(621)
Assurance vie	375	(533)
Secteur LPP	104	(133)
Assurance accidents privée	55	(40)
Total	**1661**	**(1846)**

Chiffres 2011 entre parenthèses

Nous ne connaissons pas les motifs du changement de l'ordre de priorité des assurances de personnes. Au final, cet ordre correspond à celui de l'exercice 2010.

La proportion des demandes pour lesquelles une décision formelle avait déjà été rendue a reculé, passant d'environ 18% à 14%. Pour ces cas, l'Ombudsman de l'assurance privée ne pouvait plus agir. Il n'a la compétence d'intervenir dans les affaires LAA qu'aussi longtemps qu'aucune décision formelle n'est intervenue. L'édiction d'une décision formelle ouvre la porte à une procédure administrative. Dès le début de celle-ci, il n'y a plus de place pour notre activité d'intermédiaire neutre. Dans les cas où une décision formelle n'avait pas encore été rendue, nous avons recommandé aux assurés LAA qui voulaient faire appel à nos services de demander dans les plus brefs délais à l'assureur LAA d'attendre avant de rendre son éventuelle décision, afin que nous puissions fournir notre prestation. Les assureurs concernés ont tous accédé à ces demandes et nous avons été en mesure d'intervenir.

Demandes et plaintes ventilées par branches

Branche	2012	A	B	C	D	2011
Accidents (privé)	55	17	4	29	5	40
Animaux	11	1	3	6	1	2
Assurance voyages	130	28	1	81	20	114
Bâtiments / bris de glace	89	28	13	36	12	70
Bijoux	8	2	0	5	1	8
Casco	140	33	27	71	9	138
Cautionnement	1	0	0	1	0	5
Chômage	2	0	0	2	0	1
Dégâts d'eau	45	9	3	27	6	32
Garantie	1	1	0	0	0	0
Garantie de crédit	21	2	1	14	4	36
Incendie et éléments naturels	37	12	2	20	3	17
LAA	603	61	243	216	83	519
LPP	104	14	24	50	16	133
Machines	0	0	0	0	0	1
Maladie	524	109	61	274	80	621
Ménage	180	57	42	65	16	154
Protection juridique	318	80	51	141	46	203
RC véhicules automobiles	314	69	68	143	34	304
Responsabilité civile	329	52	20	220	37	332
Transport	1	1	0	0	0	3
Vie	375	148	29	138	60	533
Vol	77	14	3	51	9	58
Total	**3365**	**738**	**595**	**1590**	**442**	**3324**

A: Contrat : étendue de la couverture ; réticence ; rachat (assurance vie) ; adaptation à de nouvelles CGA ; changement de propriétaire/disparition du risque d'assurance
B: Résiliation ; adaptation des primes ; divisibilité de la prime ; bonus/malus ; franchise
C: Prestation/liquidation des sinistres : prestation d'assurance (insuffisante/refus) ; sous-assurance ; réduction de l'obligation d'indemniser/créance en recours ; prescription
D: Divers : information générale sur l'assurance, sur le déroulement de la procédure ; conseils

Branches principales des 5 dernières années

Branche	2012	2011	2010	2009	2008
Vie	375	533	534	648	752
RC auto	314	304	303	354	337
Maladie	524	621	569	475	332
RC générale	329	332	304	350	374
LAA	603	519	637	651	712

Ventilation des demandes selon leur provenance

Ventilation selon le sexe ou autres critères

Se sont adressés à l'office de médiation en 2012 :

Hommes	2015	(2076)
Femmes	1542	(1494)
Entreprises, autorités et organisations	335	(256)

Chiffres 2011 entre parenthèses

Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2012	2011	Différence
Suisse alémanique	3039	3026	+ 13
Suisse romande	534	523	+ 11
Suisse italienne	319	277	+ 42
Total	**3892**	**3826**	**+ 66**

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2012	2011	Différence
Suisse alémanique	2668	2683	- 15
Suisse romande	440	420	+ 20
Suisse italienne	257	221	+ 36
Total	**3365**	**3324**	**+ 41**

Si l'on examine de près l'évolution du nombre des cas de notre compétence dans les différentes régions linguistiques, on constate une augmentation en Suisse italienne (+16,3%) et en Suisse romande (+4,8%), tandis que les chiffres sont restés quasi constants en Suisse alémanique (-0,5%).

Provenance géographique des demandes et des plaintes

	Total		LCA		LAA		LPP		pas de notre compétence	
AG	276	(284)	190	(200)	45	(45)	4	(15)	37	(24)
AI	6	(5)	2	(3)	2	(2)	0	(0)	2	(0)
AR	9	(16)	7	(12)	1	(2)	1	(0)	0	(2)
BE	414	(399)	274	(288)	70	(47)	11	(9)	59	(55)
BL	141	(144)	90	(104)	30	(19)	5	(5)	16	(16)
BS	131	(137)	95	(107)	15	(14)	6	(4)	15	(12)
FR	85	(108)	63	(79)	10	(15)	4	(2)	8	(12)
GE	142	(126)	108	(93)	16	(11)	0	(3)	18	(19)
GL	19	(11)	10	(4)	7	(6)	1	(0)	1	(1)
GR	37	(60)	28	(40)	7	(9)	0	(1)	2	(10)
JU	17	(27)	10	(19)	7	(5)	0	(0)	0	(3)
LU	183	(123)	117	(89)	36	(15)	5	(9)	25	(10)
NE	50	(41)	40	(33)	4	(4)	0	(0)	6	(4)
NW	13	(16)	10	(10)	0	(2)	0	(0)	3	(4)
OW	9	(5)	5	(5)	2	(0)	0	(0)	2	(0)
SG	138	(137)	99	(101)	25	(17)	2	(3)	12	(16)
SH	27	(34)	19	(25)	6	(4)	0	(2)	2	(3)
SO	90	(93)	63	(74)	10	(7)	3	(1)	14	(11)
SZ	68	(63)	49	(43)	14	(12)	1	(1)	4	(7)
TG	94	(79)	68	(54)	10	(11)	3	(4)	13	(10)
TI	341	(271)	247	(191)	15	(18)	15	(17)	64	(45)
UR	11	(7)	11	(4)	0	(0)	0	(2)	0	(1)
VD	300	(273)	206	(180)	18	(22)	13	(8)	63	(63)
VS	78	(84)	60	(60)	5	(11)	0	(4)	13	(9)
ZG	62	(56)	37	(40)	13	(5)	2	(4)	10	(7)
ZH	1023	(1122)	681	(746)	200	(203)	24	(31)	118	(142)
Etranger	128	(105)	69	(68)	35	(13)	4	(8)	20	(16)
Insgesamt	**3892**	**(3826)**	**2658**	**(2672)**	**603**	**(519)**	**104**	**(133)**	**527**	**(502)**

Chiffres 2011 entre parenthèses

Interventions

Le nombre total d'interventions a régressé, passant de 375 à 370.

Des interventions multiples dans le cadre du même cas sont enregistrées comme une seule intervention dans le tableau ci-dessous.

	2012	2011	Différence
Suisse alémanique	296	304	- 8
Suisse romande	66	64	+ 2
Suisse italienne	8	7	+ 1
Total	**370***	**375**	**- 5**

*Dont 328 étaient liquidées à fin 2012.

Taux d'interventions

Les demandes téléphoniques ne pouvant pas conduire à une intervention, seules les demandes écrites seront prises en compte dans le calcul du taux d'interventions pour l'exercice 2012 et ultérieurement.

Assurance privée	27,8%
Assurance accidents obligatoire / LAA	19,1%
Fondations collectives LPP	24,4%

Par rapport à l'année précédente, le nombre de cas ayant nécessité plusieurs interventions a baissé, passant de 92 (24,5%) à 89 cas (24%).

Le secteur vie individuelle est celui qui a connu le taux d'interventions le plus élevé (35.2%). Il enregistre également le plus fort taux de cas ayant nécessité plusieurs interventions (33,8%), suivi du secteur LAA (27,5%) et de celui des indemnités journalières de maladie (26,2%). Ces dossiers relevant des assurances de personnes posent d'une part des questions très complexes de faits et de droit ; d'autre part, dans la mesure où ces interventions ont pour objet des prestations d'assurance consécutives à une incapacité de travail et de gain (indemnités journalières et rentes), le litige peut vite porter sur des montants à cinq, voire à six chiffres. Il s'agit par conséquent de prestations dont la portée s'avère souvent existentielle pour les personnes concernées. La procédure à l'amiable et axée sur les solutions de l'office de médiation constitue donc, dans ces secteurs également, une alternative importante aux procédures judiciaires conflictuelles de longue haleine.

Interventions par branche / secteur

Branche / secteur	sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total interv.
RC auto	289	22	3	0	0	25
Chômage	2	0	0	0	0	0
Ménage	157	20	2	1	0	23
Vol	65	8	1	3	0	12
Eléments naturels	20	1	0	0	0	1
Incendie	13	3	0	0	0	3
Casco	129	9	2	0	0	11
Bâtiments	72	10	2	0	0	12
Bris de glace	5	0	0	0	0	0
Garantie	1	0	0	0	0	0
Resp. civile	294	29	5	0	1	35
Maladie	482	31	9	2	0	42
Cautionnement	1	0	0	0	0	0
Garantie crédits	16	3	2	0	0	5
Vie	301	49	16	4	5	74
Machines	0	0	0	0	0	0
Voyages	110	9	9	2	0	20
Protect. juridique	277	36	3	2	0	41
Bijoux	8	0	0	0	0	0
Transport	1	0	0	0	0	0
Animaux	6	4	1	0	0	5
Accidents (privés)	50	5	0	0	0	5
Dégâts d'eau	40	4	1	0	0	5
LAA	563	29	9	2	0	40
LPP	93	9	1	1	0	11
Total	**2995**	**281**	**66**	**17**	**6**	**370**

Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 328 interventions clôturées à fin 2012 a été positif dans 220 cas (67,1%) et négatif dans 94 cas (28,6%). Dans 14 cas, le résultat a été enregistré comme neutre.

Dans la grande majorité des interventions, l'office de médiation a pu comprendre la position de l'assureur après une analyse approfondie des prises de position des parties, du dossier et des preuves. Ce constat vaut non seulement pour les cas où l'assureur s'en est tenu à sa position initiale après un nouvel examen du cas, mais également pour ceux où une intervention n'a abouti qu'à un arrangement partiel avec l'assureur. L'office de médiation communique aux parties sa propre appréciation juridique de chaque cas. Si celle-ci diverge de l'appréciation de l'assureur, le médiateur donne à l'assureur une nouvelle occasion de prendre position, avant, le cas échéant, de conseiller au plaignant de faire appel à un avocat. Ce cas de figure ne s'est présenté que dans quelques interventions isolées où l'office de médiation, après d'intenses négociations et les préavis ad hoc à l'assureur, avait la conviction que la position de l'assureur ne résisterait pas à un examen judiciaire.

Collaboration avec les compagnies d'assurances

Dans la plupart des cas, la collaboration avec les différentes compagnies d'assurances a très bien fonctionné.

Les interlocuteurs, la plupart du temps membres de la direction, que les compagnies mettent à disposition du médiateur ont largement contribué à cette bonne collaboration. Lorsqu'ils ne traitent pas eux-mêmes les interventions, ils coordonnent les processus internes et veillent en particulier à ce que les cas à l'origine des interventions soient à nouveau pris en considération rapidement, avec sérieux, en leur donnant la priorité qui s'impose, et avec le moins de préjugés possible, par une personne qui n'a pas encore été impliquée dans le traitement du cas jusque-là. Par conséquent, dans la grande majorité des cas, la qualité des prises de position des compagnies était tout à fait valable.

Certains interlocuteurs voient un effet secondaire positif dans les interventions de l'office de médiation, en ce sens qu'elles servent à améliorer leur propre contrôle de qualité et leurs processus internes.

La collaboration avec les assureurs n'a été insatisfaisante que dans de rares cas. Ainsi, il est arrivé que les compagnies concernées n'entrent pas du tout en matière, ou alors de manière trop schématique, sur les arguments invoqués par l'office de médiation. Chacun des cas en question a nécessité une nouvelle intervention. Autre point non satisfaisant, certaines prises de position d'assureurs LAA annonçant qu'ils allaient rendre une décision « dans les prochains jours ». Dans ces cas également, l'ombudsman était obligé d'intervenir de nouveau pour que nous puissions accomplir notre travail. Lequel consiste aussi à examiner attentivement la prise de position finale de l'assureur, puis à informer le plaignant de l'appréciation finale de l'office de médiation, avant qu'une décision LAA ne soit prise.

Le temps nécessaire au traitement des interventions reste en moyenne de quatre à six semaines dans les assurances de personnes. Dans ce secteur, l'appréciation d'un cas d'intervention requiert souvent des clarifications médicales dont l'assureur n'est guère en mesure d'influencer la rapidité d'exécution.

Dans les autres secteurs (secteur non-vie, c'est-à-dire responsabilité civile, assurances de choses, etc.), la durée du traitement des interventions a diminué par rapport à l'année précédente. Pour la plupart des assureurs, elle est de deux à quatre semaines. Seules quelques rares compagnies ont régulièrement mis plus de quatre semaines à traiter des interventions dans le secteur non-vie, raison pour laquelle l'office de médiation a été obligé, dans quelques cas, de protester contre le délai de traitement.

L'activité de l'office de médiation dans les diverses branches

Le secteur des assurances privées

Secteur vie

Au cours de l'exercice 2012, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a reculé de 533 à 377, soit une baisse du nombre de requêtes et de plaintes de plus de 30%.

Cette diminution concerne en particulier les cas jusqu'ici nombreux de plaintes liées aux réductions de participation aux excédents opérées par les assureurs vie. Ce phénomène s'explique par l'abondante couverture médiatique des difficultés persistantes sur les marchés des capitaux et du niveau toujours bas des taux d'intérêt au cours de l'exercice sous revue. L'office de médiation a constaté que les assureurs vie ayant annoncé la réduction de leurs attributions d'excédents ont aussi mieux informé leurs clients concernés au cours de l'exercice sous revue que les années précédentes. Ainsi, ils ont notamment indiqué que les attributions d'excédents au capital-épargne ne peuvent être accordées que si les rendements obtenus par l'assureur sont supérieurs au taux d'intérêt technique garanti dont il est tenu compte dans les prestations garanties.

Même si leur nombre a nettement baissé, les plaintes relatives aux polices liées à un fonds sans prestation garantie en cas de vie qui étaient arrivées à échéance après une durée de 10 ans ou plus ont à nouveau requis beaucoup de temps.

///

L'exercice 2012 a vu augmenter le nombre de plaintes relatives aux réticences commises par le preneur d'assurance à la conclusion du contrat avancées par les assureurs vie en vertu de l'art. 4 LCA. A plusieurs reprises, ces plaintes portaient sur la question de savoir si l'assureur vie avait apporté la preuve de la réticence qu'il reprochait à l'assuré en matière de maladies psychiques. Dans les cas concernés, il s'est agi d'établir si le preneur d'assureur connaissait ou aurait dû connaître l'existence d'une maladie ou d'un trouble psychique non déclaré dans le questionnaire de santé. Pour en juger, il apparaît décisif de déterminer dans quelle mesure un requérant peut répondre en toute bonne foi par la négative à une question de l'assureur, et ceci en connaissance de cause ou, le cas échéant, après qu'un service compétent l'a renseigné. Le requérant satisfait à son devoir d'information seulement si, en plus des éléments qu'il connaît purement et simplement, il indique également ceux dont l'existence ne peut lui échapper s'il réfléchit sérieusement aux questions de l'assureur.

Dans l'une des plaintes traitées, l'office de médiation a examiné un cas remontant à presque trente ans. Il s'agissait d'établir si, lors de la conclusion d'un contrat en 1985, le plaignant, maintenant frappé d'incapacité de gain pour des raisons psychiques, avait répondu à tort selon l'assureur par la négative à la question portant sur des maladies ou troubles psychiques existants ou passés. L'assureur n'a pu produire que des rapports médicaux de spécialistes ayant traité le plaignant après la conclusion du contrat. Lesdits rapports contenaient une description rétrospective des problèmes psychiques du patient effectuée par lui-même après la conclusion du contrat, sur la base de sa vision subjective. A posteriori, les médecins ont interprété ces problèmes comme maladie psychique antérieure à la conclusion du contrat. Etant donné que ce diagnostic rétroactif n'a pas été confirmé par des dossiers médicaux en temps réel avant la conclusion du contrat, l'intervention de l'office de médiation a permis de trouver un arrangement à l'amiable.

Le nombre de cas liés à des problèmes dépassant les frontières a augmenté. Ils concernaient souvent des personnes qui avaient conclu une police en Suisse, mais n'étaient plus en mesure de payer leurs primes pour le pilier 3a après avoir déplacé leur domicile à l'étranger. L'office de médiation a notamment examiné si les plaignants avaient été informés à la conclusion du contrat que le versement de cotisations au pilier 3a présuppose un revenu soumis à l'AVS imposable en Suisse pendant l'année de cotisation.

Secteur non-vie

Comme les années précédentes, dans le secteur des assurances choses, ce sont la justification et le montant de prestations d'assurances qui arrivent en première position, suivis par les demandes touchant au contenu du contrat et à sa résiliation, ainsi que les plaintes concernant la procédure. Ces dernières portent le plus souvent sur le temps mis pour traiter un cas de dommage.

Différentes plaintes contre des assureurs bâtiments concernaient le refus de prestations après la survenance de dégâts d'eau dont la cause remonte à plus de deux ans auparavant, en raison de la prescription. En vertu de l'art. 46 LCA, les créances qui dérivent du contrat d'assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation, c'est-à-dire, pour des dégâts d'eau, à l'expiration des deux ans à compter de la date où la cause de dommage assurée s'est produite. Selon le médiateur, le délai de prescription s'est révélé trop bref dans la pratique, en particulier s'agissant des dégâts d'eau dans des bâtiments. Dans les cas qui nous ont été soumis, la prescription n'était pas due à une annonce tardive d'un dommage par la personne assurée, mais uniquement au fait que les dégâts d'eau ne sont apparus que plusieurs années après la survenance du fait à l'origine du dommage ; par conséquent, ils n'ont pu être constatés qu'une fois le délai de prescription dépassé. Pour les assurés concernés, ces refus de prestations ne sont pas satisfaisants. Toutefois, d'un point de vue strictement juridique, ils ne sauraient être remis en question, en vertu des règles de prescription en vigueur.

S'agissant des assurances ménage, nous avons traité plusieurs demandes pour lesquelles l'étendue de la couverture relative à des vélos électriques en général ou en cas de vol « à l'extérieur » n'était pas claire. Dans un cas qui nous a été soumis, les conditions générales d'assurance (CGA) ne prévoyaient pas de couverture d'assurance pour le vélo électrique nouvellement acquis, sachant qu'il existe une exclusion générale de couverture pour toutes les catégories de cyclomoteurs et donc également pour les vélos électriques ; il aurait donc fallu conclure une couverture supplémentaire. Mieux vaut donc examiner soigneusement les CGA à l'achat d'un vélo électrique.

///

En matière de responsabilité civile privée, nous avons traité à plusieurs reprises des plaintes de lésés portant sur des refus d'indemnités après la survenance d'un dégât matériel. Nous avons pu régler directement la plupart de ces cas en expliquant au plaignant qu'aux yeux du droit, un dommage constitue toujours un dommage patrimonial prouvable. Ainsi, les désagréments personnels que tout dommage implique ne sauraient en principe faire l'objet de dommages-intérêts, sans preuve du préjudice matériel subi.

L'office de médiation a traité quelques plaintes de locataires qui, au terme de leur bail, devaient rembourser des dommages à leur ancien bailleur : leur assureur responsabilité civile actuel avait réduit ses prestations en invoquant la durée de la couverture d'assurance. Concrètement, les locataires concernés avaient changé d'assureur au cours d'une longue durée de location. L'assureur responsabilité civile actuel n'était disposé à prendre en charge les dommages que proportionnellement à la durée de la couverture d'assurance portant sur la durée de location (la plus longue). Les locataires en question se sont alors tournés vers leurs assureurs précédents, lesquels ont refusé de participer au remboursement des dommages. Selon ces derniers, il ne pouvait plus être établi si les dommages concernés étaient bel et bien survenus pendant la durée de validité de la police résiliée il y a déjà plusieurs années et, par conséquent, leur obligation d'indemniser n'était pas prouvée. Le médiateur a confirmé aux plaignants que l'obligation d'indemniser des assureurs impliqués ne porte que sur des événements survenus pendant la durée de la couverture d'assurance auprès de la compagnie en question. Il a ajouté qu'il incombait à l'assuré de prouver à quelle date précise le dommage était survenu. L'office de médiation est néanmoins intervenu dans chaque cas auprès de l'assureur précédent en faisant valoir que, pour le locataire chargé du fardeau de la preuve, il était souvent difficile, voire impossible, de prouver la date exacte du dommage. Dans un bail, qui est un contrat de durée, se pose en outre le problème que le bailleur ne fait généralement valoir des prétentions en responsabilité civile qu'au terme du bail. En effet, au moment où le dommage survient, il n'est souvent pas possible de prévoir combien de temps le bail durera encore et quelles déductions dues à l'amortissement le bailleur devra prendre en charge. Si l'assuré annonce le dommage causé immédiatement après sa survenance à l'assureur responsabilité civile privée, sans qu'une créance n'ait déjà été revendiquée à son encontre, le dommage ne peut pas encore être réglé, pour les raisons susmentionnées. Les interventions du médiateur ont abouti à un arrangement à l'amiable dans les cas concernés.

Nous avons en outre expliqué à quelques personnes lésées que le calcul de l'indemnité due par la partie adverse, à savoir l'assureur responsabilité civile privée, doit inclure l'amortissement des objets endommagés. Cette démarche résulte du principe selon lequel le lésé ne doit pas s'enrichir du fait du dommage.

///

Nous avons également cité ce principe à plusieurs lésés dans le domaine de la responsabilité civile des véhicules automobiles. En effet, l'assureur responsabilité civile pour véhicules automobiles de la partie adverse ne saurait faire l'objet de critiques s'il ne prend pas en charge la totalité des frais de réparation d'un dommage lorsqu'une réparation consécutive à une collision ou le remplacement d'un élément du véhicule (p. ex. une porte déjà endommagée auparavant) entraîne une plus-value (déduction « neuf pour vieux »).

La grande majorité des plaintes dans le secteur de la responsabilité civile des véhicules automobiles ne concernaient toutefois pas le montant du dédommagement, mais des questions inhérentes aux preuves du déroulement du sinistre, déterminant pour l'appréciation de la responsabilité.

L'office de médiation s'est penché sur quelques plaintes relatives à des refus de prestations par l'assureur responsabilité civile pour véhicules automobiles de la partie adverse. Il s'agissait de cas dans lesquels les deux parties avaient dans un premier temps rempli et signé le constat européen d'acci-

dent. Après que la personne lésée a déclaré le sinistre à l'assureur adverse, celui-ci a refusé l'indemnisation au motif que le constat d'accident ne constitue pas une reconnaissance de faute. Il a ajouté que son assuré contestait le déroulement du sinistre invoqué et que, par conséquent, sa faute n'était pas prouvée. En examinant ces plaintes, l'office de médiation a constaté que les autres documents, notamment les photos des deux véhicules impliqués, n'étaient pas en mesure de contredire les faits consignés dans le constat d'accident, ni d'éveiller de sérieux doutes à leur sujet. Dans les cas concernés, l'office de médiation est intervenu en expliquant que le constat d'accident ne représente, certes, pas un aveu de faute, mais une déclaration « de la première heure » sur le déroulement des faits confirmée par la signature des deux parties. Et d'ajouter que les autres faits avérés ne pouvaient ni contredire, ni remettre en question ladite déclaration. La majorité de ces interventions ont permis de trouver un arrangement à l'amiable.

Toujours dans le domaine des véhicules automobiles, l'office de médiation s'est également occupé de nombreuses demandes afférentes à la conclusion du contrat, à sa résiliation et au changement de détenteur du véhicule, mais aussi de plaintes portant sur la durée excessive du traitement des cas.

///

Tant dans le secteur des assurances choses que dans celui des assurances de personnes, l'office de médiation s'est vu soumettre un nombre accru de plaintes relatives à des cas où l'assureur accusait l'assuré de prétention frauduleuse en vertu de l'art. 40 LCA. Dans la plupart des cas, après examen du dossier, l'office de médiation ne pouvait pas critiquer la position de l'assureur du point de vue juridique. Dans l'une des plaintes traitées, l'assurance commerce avait fait valoir que lors de la déclaration du sinistre, il y avait eu une prétention frauduleuse dans la demande de prise en charge des frais de réparation d'une pelleteuse endommagée. Ceci alors que la police concernée ne couvrait pas ladite pelleteuse. L'office de médiation a alors souligné qu'un éventuel exposé trompeur des faits concernant le dommage à la pelleteuse n'est objectivement pas du tout apte à influer sur l'obligation contractuelle d'indemniser de l'assureur à ses dépens dans le cadre de cette police. Cette obligation ne peut être influencée que pour ce qui concerne la couverture prévue dans le contrat. Le médiateur a donc indiqué qu'il s'agissait tout au plus d'un « délit impossible » de prétention frauduleuse, lequel ne saurait justifier la résiliation du contrat par l'assureur en vertu de l'art. 40 LCA. Suite à cette intervention, l'assureur s'est distancié de ses lourdes accusations.

///

Le nombre de plaintes portant sur les prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'incapacité de travail a baissé par rapport à l'année précédente, passant de 621 à 524. Nous ignorons les raisons de ce recul. Comme les années précédentes, de nombreux cas soumis étaient liés aux avis diamétralement opposés du médecin traitant et du médecin-conseil de l'assureur.

Dans différents cas, après avoir consulté les dossiers médicaux et, le cas échéant, le rapport du médecin traitant remis par le plaignant, nous avons eu l'impression que des clarifications supplémentaires étaient nécessaires, afin de déterminer précisément quelles limitations spécifiques à la fonction de l'assuré la maladie diagnostiquée entraînait effectivement. Etant donné l'importance de cette question pour évaluer la capacité de travailler, nous avons demandé aux assureurs concernés de nous fournir des clarifications

complémentaires ou d'organiser une expertise. Ces démarches ont permis dans la plupart des cas de répondre aux questions de fond en suspens, voire d'obtenir un geste de l'assureur quant au paiement d'autres indemnités journalières.

///

Une grande partie des plaintes à l'encontre des assureurs voyages portaient sur des réductions ou des refus de prestations après l'interruption anticipée d'un voyage en raison d'une maladie ou d'un accident. Ils invoquaient le fait que les assurés concernés n'avaient pas demandé l'aval nécessaire de la centrale d'alarme pour le retour anticipé, conformément aux conditions contractuelles. Lors de certaines interventions, l'office de médiation a réussi à convaincre l'assureur voyages qu'il s'agissait en l'espèce d'une violation d'obligations excusable. L'assureur a alors versé les prestations correspondantes. Quelques règles à respecter en voyage pour éviter ce genre de problèmes : toujours avoir sur soi le numéro de téléphone de la centrale d'alarme de l'assurance voyage ; se procurer les documents nécessaires prouvant la survenance d'un cas d'assurance (certificats médicaux, etc.) avant l'interruption du voyage, autrement dit sur place ; enfin, contacter la centrale d'alarme avec le téléphone portable afin d'être en mesure de prouver – si besoin est – que l'entretien a bien eu lieu.

///

Le nombre de divergences d'opinion soumises à l'office de médiation pour la branche de la protection juridique a augmenté, passant de 203 à 318. Le médiateur attribue cette hausse, d'une part, aux exigences accrues des assurés vis-à-vis des assureurs protection juridique et, d'autre part, aux pratiques plus strictes des assureurs protection juridique en matière de gestion des sinistres. Comme pour les années précédentes, les demandes portaient essentiellement sur des refus de couverture et sur la durée excessive du traitement de cas de protection juridique.

L'une de nos interventions concernait le refus d'une garantie de prise en charge des coûts pour les services d'un avocat dans un recours contre une décision LAA. Il s'est agi de déterminer s'il fallait appliquer les conditions générales d'assurance (CGA) en vigueur lors de la survenance de l'accident aux Etats-Unis ou les nouvelles CGA émises après l'accident et avant le début du litige avec l'assureur LAA suisse. A noter que ces dernières ne prévoyaient plus de couverture pour des litiges avec l'assureur accidents suisse consécutifs à des accidents survenus hors de l'Europe. L'office de médiation a alors invoqué face à l'assureur que les litiges assurés consécutifs à un événement assuré déjà survenu ne peuvent pas être exclus de la couverture unilatéralement au détriment de la personne assurée. L'assureur ne partageait pas ce point de vue. Il n'a accordé qu'un geste sous la forme d'un remboursement limité des coûts du recours à un avocat externe. Aussi l'office de médiation a-t-il recommandé au plaignant d'essayer d'étendre une éventuelle garantie de prise en charge des coûts par l'intermédiaire de l'avocat déjà consulté.

Secteur LAA

Le nombre de demandes adressées à l'office de médiation concernant le secteur LAA (assurance militaire comprise) est passé de 519 à 603 au cours de l'exercice sous revue, soit une hausse de 16,2%. Les demandes provenant de Suisse alémanique étaient au nombre de 527 (451 en 2011), tandis que 52 demandes (42) venaient de Suisse romande et 24 (26) de Suisse italienne. Les demandes alémaniques ont ainsi augmenté de 16,8% et celles de Suisse romande de 23,8%. Seule la Suisse italienne affiche un recul de 7,6%. Comme les années précédentes, la majorité des cas provient de Suisse alémanique (87,4%).

Motif de la plainte	Suisse alémanique	Suisse romande	Suisse italienne
A Obligation d'affiliation	12 (17)	1 (1)	0 (0)
Début de l'affiliation	1 (0)	0 (0)	0 (0)
Fin de l'affiliation	5 (0)	0 (0)	0 (0)
Conclusion du contrat	24 (15)	0 (0)	1 (1)
Primes	16 (5)	0 (0)	1 (2)
Franchise	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Total	58 (37)	1 (1)	2 (3)
B Prévention des accidents	7 (1)	1 (0)	0 (0)
Traitement médical	26 (34)	2 (3)	1 (2)
Remboursement des frais	90 (52)	4 (4)	1 (1)
Indemnités journalières	87 (55)	5 (4)	2 (3)
Rente invalidité	16 (9)	0 (0)	1 (0)
Indemnité atteinte à l'intégrité	10 (8)	1 (0)	2 (0)
Total	236 (159)	13 (11)	7 (6)
C Réduction / refus de prestation	127 (132)	25 (19)	3 (8)
Recours contre tiers responsable	4 (3)	0 (1)	0 (0)
Total	131 (135)	25 (20)	3 (8)
D Renseignements généraux / procédures	102 (120)	13 (10)	12 (9)
Total	**527 (451)**	**52 (42)**	**24 (26)**

Chiffres 2011 entre parenthèses

Sur les 603 dossiers traités, 563 ont été directement réglés avec les requérants. L'office est intervenu dans 40 cas. Le résultat a été positif dans 23 des 33 cas liquidés. Dans 6 cas, l'intervention s'est soldée par un échec et 4 autres dossiers ont été classés comme « neutres ».

Comme les années précédentes, savoir s'il s'agissait d'un accident au sens juridique ou d'une lésion corporelle assimilée à un accident a souvent été source de contestations. Au cours de l'examen des dossiers concernant ces plaintes, nous avons remarqué que, sur les formulaires standard de certaines assurances LAA, l'assuré disposait de moins de 2,5 cm de place sur une feuille de format A4 pour décrire le déroulement de l'accident. Ce qui peut entraîner un exposé des faits par trop succinct. L'assuré doit être invité à décrire les faits en question de la manière la plus détaillée et complète possible, tout en restituant les circonstances concomitantes ; sinon, les problèmes seront inévitables dans la pratique.

Nous avons ainsi reçu une requête où l'assureur LAA contestait la qualification d'accident au sens juridique en se basant sur une déclaration d'accident très brève dans un formulaire standard. A la suite de quoi, le plaignant s'est adressé à l'office de médiation en présentant un exposé détaillé des faits ; après examen du dossier, l'office est intervenu auprès de l'assureur contre le refus de prestations LAA. Dans sa prise de position, l'assureur a persisté à refuser lesdites prestations, tout en reprochant au requérant d'avoir adapté l'exposé des faits après réception du refus de prestations ; sa version ne correspondrait donc pas aux déclarations dites « de la première heure ». L'assuré a été obligé de fournir des explications ultérieures pour réussir finalement à convaincre l'assureur LAA qu'il n'avait pas adapté le déroulement des faits, mais seulement complété de manière plausible.

///

Le secteur LAA a lui aussi connu une augmentation des demandes concernant des cas liés à l'étranger. Dans un cas, il s'agissait de déterminer le droit à des indemnités journalières d'un ressortissant allemand qui avait subi un accident pendant qu'il était employé en Suisse à titre temporaire. La qualification du contrat de travail (dont dépendait le montant des indemnités journalières) faisait l'objet de contestations. Il fallait donc examiner s'il s'agissait d'une activité saisonnière au sens de l'art. 23, al. 4, de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA), ou alors d'une activité lucrative irrégulière selon l'art. 23, al. 3, de l'OLAA ou encore d'un contrat de travail régulier.

Il y a activité saisonnière si l'activité est associée à une saison précise ou si l'exercice de cette fonction dépend d'éléments étroitement liés à la saison, comme notamment les conditions météorologiques (par ex. professeur de ski). Par ailleurs, on parle aussi d'activité saisonnière lorsqu'une activité est pratiquée régulièrement pendant une période donnée de l'année, sans pour autant qu'elle dépende forcément de la saison. En revanche, si un employé exerce différentes activités par année, de durées différentes et réparties sur certains mois différents selon l'année, il s'agit alors d'une activité irrégulière au sens de l'art. 23, al. 3 de l'OLAA. Cependant, si ce genre d'engagements limités se succèdent sans interruption tout au long de l'année, on peut alors considérer qu'il s'agit d'un rapport de travail régulier. Si les rapports de travail ne durent pas toute l'année, le salaire dû pendant le rapport de travail limité est converti en gain annuel, en vertu de l'art. 22, al. 4 de l'OLAA. Ce salaire est considéré comme un salaire annuel assuré et sert de base de calcul pour déterminer les indemnités journalières.

Après vérification du déroulement des faits et des critères susmentionnés, l'office de médiation a conclu que, contrairement à la position de l'assureur, il s'agissait bien d'un rapport de travail régulier – et non pas irrégulier. En conséquence de quoi, les indemnités journalières sont basées sur l'art. 22, al. 3 de l'OLAA et c'est donc le salaire perçu l'année avant l'accident qui doit servir de base de calcul des indemnités journalières. Il en a résulté que le droit aux indemnités journalières était sensiblement plus élevé pour le requérant par rapport à ce qui lui avait été attribué en premier lieu.

Secteur de la prévoyance professionnelle

Au cours de l'exercice sous revue, 104 (133) personnes se sont adressées à l'office de médiation ; leurs requêtes concernaient la prévoyance professionnelle auprès d'une fondation collective d'un assureur vie suisse. S'y sont ajoutées 55 (44) demandes qui n'ont pu être traitées faute de compétence, étant donné qu'elles étaient adressées contre une caisse de pension autonome. Les personnes concernées ont été aiguillées vers l'institution « LPP renseignements gratuits » ou vers leur assurance protection juridique privée. Les cas relevant de notre compétence s'élevaient à 77 en Suisse alémanique, 15 en Suisse italienne et 12 en Suisse romande.

Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
Conclusion du contrat	3	(6)	0	(0)	0	(0)
Etendue de la couverture	2	(4)	0	(0)	0	(2)
Réticence	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Rachat	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Règlement	1	(1)	0	(0)	0	(1)
Changement d'institution de prévoyance	5	(11)	1	(0)	0	(0)
Libre passage	11	(20)	1	(2)	1	(0)
Anticipation des prestations	8	(8)	0	(0)	0	(0)
Saisie	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Impôts	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	3	(6)	0	(0)	0	(0)
Clause bénéficiaire	1	(6)	0	(0)	0	(0)
Réductions / refus	26	(23)	3	(3)	5	(9)
Informations générales	2	(7)	3	(5)	7	(2)
Prescription	2	(2)	1	(0)	0	(1)
Retraite anticipée	1	(1)	1	(0)	1	(3)
Divorce	5	(0)	0	(0)	1	(0)
Salaire coordonné	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Procédure	0	(3)	2	(0)	0	(0)
Avocat	4	(3)	0	(0)	0	(0)
Total	**77**	**(105)**	**12**	**(10)**	**15**	**(18)**

Chiffres 2011 entre parenthèses

Onze cas ont donné lieu à des interventions. Sur les 9 cas clôturés, 6 se sont soldés par un résultat positif pour l'assuré. Les plaintes traitées par l'office de médiation étaient pour la plupart très complexes et ont demandé beaucoup de temps. Elles concernaient surtout les prestations de libre passage et les rentes d'invalidité selon la LPP.

///

Lors du traitement des demandes dans le cadre de la LPP, nous avons remarqué que de nombreux assurés LPP ignoraient que les cotisations LPP (de l'employé et de l'employeur) accumulées et rémunérées pendant toute la durée de l'assurance ne peuvent être créditées dans leur totalité à l'avoir de vieillesse LPP. Une part des cotisations LPP sert au financement des primes de risque (risque d'invalidité et de décès, incluant les cotisations supplémentaires pour le fonds de garantie et la compensation du renchérissement) et des frais administratifs.

///

Différents assurés bénéficiant d'une rente invalidité versée par l'assurance invalidité fédérale se sont adressés à leur ancien assureur LPP en invoquant le fait que l'incapacité de travail ayant conduit à l'invalidité aurait déjà existé pendant la période d'assurance auprès dudit assureur LPP.

Peuvent prétendre à des prestations invalidité de la part de la prévoyance professionnelle obligatoire les personnes dont l'invalidité est d'au moins 40% au sens de l'assurance invalidité, et qui étaient assurées lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. La demande de prestations invalidité doit être adressée à l'institution de prévoyance à laquelle était affiliée la personne lorsqu'est survenue l'incapacité de travail dont la cause est à l'origine de l'invalidité. Si l'invalidité est survenue après la fin du rapport de prévoyance, il faut qu'il y ait une connexité matérielle et temporelle entre l'incapacité de travail et l'invalidité. Selon la jurisprudence en vigueur, il y a connexité matérielle si l'affection à l'origine de l'invalidité était aussi à l'origine de l'incapacité de travail qui s'est manifestée précédemment. La connexité temporelle implique quant à elle que l'assuré n'ait pas été de nouveau apte à travailler pendant un long laps de temps après le début de l'incapacité de travail.

Dans la plupart des plaintes adressées à l'office de médiation, l'existence de ces conditions nécessaires à l'obligation d'indemniser de l'ancien assureur LPP n'a pas pu être complètement démontrée pour deux raisons. Soit on ne disposait plus de suffisamment de documents médicaux concernant le début de l'incapacité de travail ayant mené à l'invalidité, et ceci en raison de la durée habituelle (10 ans) de conservation des dossiers ; soit, après le début de l'incapacité de travail de l'assuré, il n'a pas pu être prouvé que la partie à l'origine de la plainte était dans l'incapacité de travailler sans interruption de longue durée depuis son départ de la fondation collective.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse romande

En 2012, l'office de médiation a non seulement célébré ses 40 ans d'existence, mais également les dix ans de Me Olivier Subilia à la tête du bureau décentralisé de notre fondation pour la Suisse romande. Avec le recul, Me Subilia constate que, mis à part quelques pics, le nombre de cas est resté relativement stable au cours des dix dernières années.

En 2003, il s'est occupé de 514 requêtes. En 2012, il y a eu 534 requêtes, dont 440 qui étaient de la compétence du bureau décentralisé de Suisse romande. Cela dit, l'activité de Me Subilia s'est intensifiée au cours de ces 10 dernières années. Et ceci avant tout parce que la part des demandes relevant de sa compétence est passée de 73% à 90%. En outre, le champ d'action de l'office de médiation a été élargi en 2006 aux questions liées à la LPP. La présence croissante dans les médias du bureau décentralisé de Suisse romande, comme par exemple à la radio, sur la 1ère, à l'occasion du 40e anniversaire de l'office de médiation, ainsi que l'augmentation de la notoriété de l'office et de ses compétences ont influé sur la complexité des cas soumis à Me Subilia.

Me Subilia juge excellente la collaboration avec le médiateur de l'assurance maladie. Elle s'intensifie d'année en année et implique notamment la transmission réciproque de dossiers selon les compétences respectives.

Le nombre de cas d'intervention au niveau romand est passé de 50 à 57. Parmi ceux-ci, 34 cas (60%) ont débouché sur une amélioration de la situation pour la partie ayant déposé la requête. Dans plusieurs autres cas, les divergences d'opinion ont été éliminées, l'assureur ayant apporté de nouveaux éclaircissements grâce à l'argumentation de l'office de médiation, ce qui a permis de résoudre les points litigieux. Pour ce qui est des cas s'étant soldés par un résultat négatif, un cas est particulièrement digne d'être mentionné, de l'avis de Me Subilia, et montre combien il est important pour l'assuré d'informer son assureur en cas de changement de la situation personnelle. Une femme s'est installée petit à petit chez son futur époux, d'abord un jour de temps en temps, puis de plus en plus souvent ; tous deux ont été victimes d'un vol avec effraction dans l'appartement du futur époux. Suite à l'annonce du dommage auprès de l'assurance ménage du futur époux, cette dernière a refusé de prendre en charge les dommages dus au vol subis par la femme. L'assureur a justifié sa décision en invoquant le fait que, dans ce contexte donné, les visites de la femme ne pouvaient plus être qualifiées d'occasionnelles et qu'elle ne pouvait donc pas bénéficier des prestations de l'assurance conclue par le futur époux.

La majorité des plaintes soumises à Me Subilia concernaient les secteurs des assurances d'indemnités journalières (66) et de l'assurance vie individuelle (66), ce qui correspond à un total de 37% des cas. Dans ces domaines, les cas étaient souvent très complexes et exigeaient donc beaucoup de temps.

A plusieurs reprises, l'office a dû prendre en considération des données médicales concernant des problèmes de santé ayant surgi il y a plus de trois décennies. Se procurer la totalité de ces documents s'est avéré difficile, voire impossible (par exemple dans des cas d'infirmités congénitales ou de maladies remontant à de nombreuses années) en raison du délai habituel de dix ans de conservation des dossiers. Le même problème est apparu concernant les polices d'assurance vie qui, selon les dires de l'assureur (contestés par le requérant), avaient été rachetées plus de dix années auparavant, ce que l'assureur n'était plus en mesure de prouver, vu qu'il n'avait pas conservé les documents jusqu'à la fin initialement prévue du contrat. Dans ce genre de cas, du point de vue neutre de l'office de médiation, il s'est avéré impossible de déter-

miner avec la certitude requise ce qui s'était effectivement passé il y a plus de dix ans. D'après l'expérience de Me Subilia, les assurés devraient conserver la totalité des contrats et des autres pièces justificatives en cas de dommage. En cas de problème plus tard, cela permettrait de prouver plus facilement les faits et de les régler, ce qui tendrait également à simplifier les relations entre assurés et compagnies d'assurances par rapport à ce qu'elles sont souvent aujourd'hui.

Plus que jamais, Me Subilia est aujourd'hui convaincu de la nécessité de notre institution et de son utilité vis-à-vis des assurés et des assureurs. Il considère que l'une de ses fonctions principales consiste à expliquer le point de vue et les attentes respectives d'une partie à l'autre – et vice versa, contribuant ainsi à améliorer la communication entre les deux parties. Une condition essentielle à un éventuel rapprochement des positions et à la recherche d'un arrangement à l'amiable en cas de divergences d'opinion.

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Le nombre de cas traités au cours de l'exercice sous revue par Me Caimi, représentant de notre fondation pour la Suisse italienne, a augmenté, passant de 277 à 319 (+15%). Les cas touchant au secteur LAA ont connu une légère baisse, passant de 26 à 24, de même que le secteur LPP, dont les cas sont passés de 18 à 15. En revanche, les requêtes concernant le secteur de l'assurance privée (LCA) sont passées de 177 à 218, soit une augmentation de 23%. Parmi ces requêtes, 62 n'étaient pas de sa compétence ; 25 d'entre elles concernaient des problèmes de caisses maladie et 30 cas étaient liés à des demandes étrangères au droit des assurances.

Le nombre des cas d'intervention concernant des requêtes venues de Suisse italienne est resté constant : 8 (7 l'année précédente). Me Caimi prend une éventuelle intervention en considération chaque fois qu'il soupçonne une compagnie d'assurances de ne pas avoir traité un cas correctement. Il a pu régler la majorité des cas au moyen de renseignements écrits ou oraux. En présence de données écrites, il exige que la documentation soit la plus complète possible, en accord avec son expérience, avant l'appréciation juridique du cas. Dans tous les cas, Me Caimi présente la situation sur le plan juridique au requérant de manière détaillée et dans un langage simple et compréhensible, dans la mesure du possible.

Dans le secteur de l'assurance privée, les requêtes concernaient en majorité l'assurance RC auto et casco (45), suivies des cas touchant aux assurances du bâtiment et à l'assurance ménage, y compris les assurances liées aux éléments naturels (44), ainsi que des requêtes visant l'assurance d'indemnités journalières (34). Alors qu'une augmentation massive des cas a touché les secteurs de l'assurance de protection juridique (de 5 à 26) et de l'assurance du bâtiment et ménage (de 18 à 35), le nombre de requêtes liées à l'assurance vie a régressé (de 30 à 17).

Dans le secteur de l'assurance responsabilité civile, certaines personnes lésées ont été déçues du fait que, pour les objets soumis à une perte de valeur (comme les machines, les véhicules, etc.), l'indemnisation se base sur la valeur vénale, autrement dit la valeur à neuf diminuée de la dépréciation, et que la valeur affective attribuée par le lésé à un objet ne puisse pas être indemnisée.

Me Caimi a constaté que de nombreux assurés ignoraient que, pour l'assurance inventaire du ménage, la couverture du ménage extérieur à l'habitation au bénéfice de l'assurance n'est en vigueur que si ce ménage n'est extérieur qu'à titre provisoire, autrement dit sur une période limitée. Cela vaut également dans les cas de changement de domicile en Suisse et dans la Principauté de Liechtenstein, pendant le déménagement et sur le nouveau lieu de domicile ; le changement de domicile doit donc être annoncé sur-le-champ. Par ailleurs, certains assurés ignoraient que le changement de domicile ne donnait pas droit à une résiliation anticipée du contrat d'assurance.

Une grande partie des plaintes liées à l'assurance RC des véhicules automobiles portaient sur les priorités sur les places de parc, les parkings et les giratoires. Il a fallu expliquer à plusieurs personnes au bénéfice d'une casco partielle qu'en cas de collision avec un animal, seuls les dommages dus à la collision sur leur propre voiture sont assurés. Pour ce qui est des assurances incendie, la distinction faite entre les dégâts causés par l'incendie et les dommages non couverts comme les détériorations d'appareils ménagers et les dommages d'exploitation a parfois posé problème.

Dans le domaine de la protection juridique (26 cas en 2012), les questions soulevées touchaient surtout à la couverture en cas de procès et, hors de notre compétence, à l'inutilité avancée par l'assureur des mesures de protection juridique. Me Caimi a par ailleurs souvent traité des cas concernant les assurances de voyage suite au refus ou à la réduction des prestations parce que l'assuré avait omis de prendre contact avec la centrale d'alarme de l'assurance une fois le dommage survenu – ou encore parce qu'aux yeux de l'assureur, l'assuré avait annulé son voyage trop tard, ce qui a induit des frais d'annulation plus élevés.

Dans le secteur LAA, Me Caimi a pris position sur 24 cas (26 en 2011) et a pu les régler directement, sans intervention. Les problèmes principaux touchaient à la réduction ou au refus des prestations, au montant des indemnités pour atteinte à l'intégrité et des rentes invalidité, ainsi qu'à des informations plus générales et à des questions de procédure. Plusieurs demandes portaient sur des divergences d'opinion concernant la notion d'accident en relation avec les piqûres de tiques et la méningo-encéphalite, le moustique Aedes Aegypti et la dengue.

Dans le secteur LPP, 15 cas (18 en 2011) ont été soumis à Me Caimi, sans nécessiter d'intervention. Ils étaient principalement liés aux prestations d'assurance, aux prestations de libre passage, aux conséquences d'un divorce, aux retraites anticipées ainsi qu'aux informations générales sur les caisses de pension.

Outre différents contacts avec la presse écrite, Me Caimi a eu l'occasion de participer à une émission de radio et de télévision. L'émission de radio du 4 avril 2012 « Usi e consumi » sur la station RSI Rete Uno était consacrée aux divergences entre assurés et assureurs (« Divergenze tra assicurati e assicuratori »). Il a répondu aux questions des auditeurs et en a profité pour les informer des 40 ans d'existence de la Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva et pour leur présenter le bureau décentralisé de la Suisse italienne. D'autre part, le 30 novembre 2012, Me Caimi a participé à l'émission de télévision « Patti Chiari » sur la chaîne RSI LA1, qui était consacrée aux « assurances voyage ». En tant que représentant de l'office de médiation, Me Caimi s'est exprimé plus sur des questions d'ordre général que sur des cas individuels concrets. Le public et les compagnies d'assurances ont particulièrement apprécié sa participation à ces deux émissions.

Autres activités

En janvier 2012, l'ombudsman a été invité par la commission de l'économie et des redevances (CER) du Conseil national à une audition concernant le message du Conseil fédéral au Parlement sur la révision totale de la LCA.

Le 2 juin 2012, l'office a fêté ses 40 années d'existence. A cette occasion, dans leurs régions linguistiques respectives, les représentants de notre fondation ont participé à des émissions de radio dédiées aux consommateurs et informé de nombreux auditeurs des activités de l'ombudsman et de son 40e anniversaire. Ceci afin de faciliter l'accès des assurés qui ne connaissent pas encore notre institution aux prestations gratuites de l'office de médiation.

Au cours de l'exercice sous revue, l'ombudsman a eu plusieurs contacts directs avec les membres de la direction de certaines compagnies d'assurances et a rencontré certains de nos interlocuteurs auprès des compagnies d'assurances affiliées à notre Fondation. Ces entretiens ont permis de discuter de questions essentielles ne relevant pas des affaires courantes.

Lors d'un échange de points de vue avec la surveillance de l'assurance vie de la FINMA, il a été question de la compétence respective de chaque institution afin de délimiter les thématiques qui concernent aussi bien la FINMA que l'office de médiation. Une rencontre avec la Fondation alémanique de protection des consommateurs a permis de mieux exposer la neutralité de notre activité et d'échanger sur des thèmes liés à l'assurance qui intéressent aussi cette institution.

En 2012, l'ombudsman a eu quelques contacts avec d'autres médiateurs, ce qui a permis d'échanger des connaissances spécifiques aux différents domaines et de coordonner des cas qui touchent à la compétence de deux offices de médiation. Il a également entretenu quelques contacts avec la presse écrite ainsi que sur le plan international. Il a par exemple de nouveau eu l'occasion de participer à deux reprises, en qualité d'observateur, à un meeting du FIN-NET (Financial services complaint net) de l'Union européenne. Les échanges d'informations liés à ce genre de contacts sont importants et servent notamment à mieux gérer les plaintes dirigées contre des compagnies d'assurances et d'autres prestataires financiers dans la zone UE et EEE.

Mutations dans le personnel

Après plusieurs années passées au service de notre Fondation, l'avocat lic. iur. Peter Arnold a été élu juge à plein temps à la Cour suprême du canton de Lucerne au cours de l'exercice sous revue. Nous lui adressons ici nos plus cordiaux remerciements pour son engagement indéfectible en faveur de notre fondation.

C'est l'avocate lic. iur. Suzanne Schaad-Ritt qui lui a succédé au 1er novembre 2012 ; au bénéfice d'un diplôme fédéral de spécialiste en assurances sociales ainsi que d'un CAS (certificat d'études avancées) de l'IRP-HSG en droit de la responsabilité civile et des assurances, elle dispose des meilleurs atouts pour remplir ses nouvelles fonctions.

Révision totale de la LCA

Position de la Fondaion sur la proposition d'ancrer l'office de médiation dans la loi

Voilà plus de 40 ans que l'Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva sert de médiateur avec succès et sur une base volontaire vis-à-vis de l'ensemble des plus grandes assurances (env. 80 compagnies), dans l'intérêt des assurés, des personnes accidentées, habilitées à déposer une requête ou lésées. Il traite environ 3500 cas par année et ses quelque 400 interventions présentent un taux de réussite de 66,6%.

Sur la base de ces données, il n'est pas nécessaire que l'office de médiation et l'obligation de coopérer des assureurs soient ancrés dans la loi.

L'ancrage dans la loi de l'obligation de coopérer des assureurs privés induirait pour l'office de médiation une obligation d'informer la FINMA sur les compagnies qui y sont rattachées. Dans les faits, l'office de médiation devrait ainsi soutenir l'autorité de surveillance dans ses fonctions en lui transmettant des informations. Ce qui risquerait de compromettre l'indépendance actuelle de l'office, ainsi que la confiance des assurés et celle des compagnies d'assurances vis-à-vis d'une fondation qui fonctionne bien depuis plus de 40 ans. Car la crédibilité d'une institution ne dépend-elle pas entièrement de son indépendance ?

Une éventuelle obligation légale de coopération pourrait en outre contraindre les assureurs privés et les courtiers en assurances à adhérer à une association, ce qui poserait problème sur le plan juridique et constitutionnel.

En sa qualité de médiateur indépendant visant à résoudre les conflits à l'amiable, l'office représente une alternative importante aux procédures judiciaires conflictuelles de longue haleine. Il faut donc conserver cette fonction, dans l'intérêt de tous les assurés. L'office de médiation ne doit pas assumer de charges liées à une autorité de surveillance, car cela serait incompatible avec l'essence même du médiateur.

Depuis la création de notre fondation, les quelque 80 000 cas traités ont prouvé que l'office de médiation peut mener à bien son activité neutre et gratuite tout en se forgeant sa propre opinion en toute liberté, indépendamment de celle des assurés et des compagnies d'assurances, mais aussi de celle de l'autorité de surveillance. Dans l'intérêt des assurés, au centre de toutes les activités de l'office, il est important que l'ombudsman puisse continuer à travailler librement, de manière indépendante et neutre.

La Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva refuse donc la proposition d'ancrer l'office de médiation dans la loi.

Fin janvier 2012, l'Ombudsman a eu l'occasion de présenter de manière détaillée aux membres de la commission CER du Conseil national pourquoi notre fondation refuse que l'office de médiation (qui fonctionne bien depuis 40 ans) soit ancré dans la loi, art. 85a de la LSA, comme le propose le Conseil fédéral. En même temps, il a pu faire part de son sentiment concernant différentes nouvelles réglementations légales et leurs répercussions pratiques, d'après les expériences faites par l'office de médiation. Au moment de la mise sous presse du rapport annuel 2012, aussi bien le Conseil national que le Conseil des Etats avaient renvoyé la proposition de révision totale de la LCA au Conseil fédéral, demandant que seules des modifications indispensables de la législation en vigueur soient effectuées dans le cadre d'une révision partielle de la LCA.

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le président

R. Schweiger

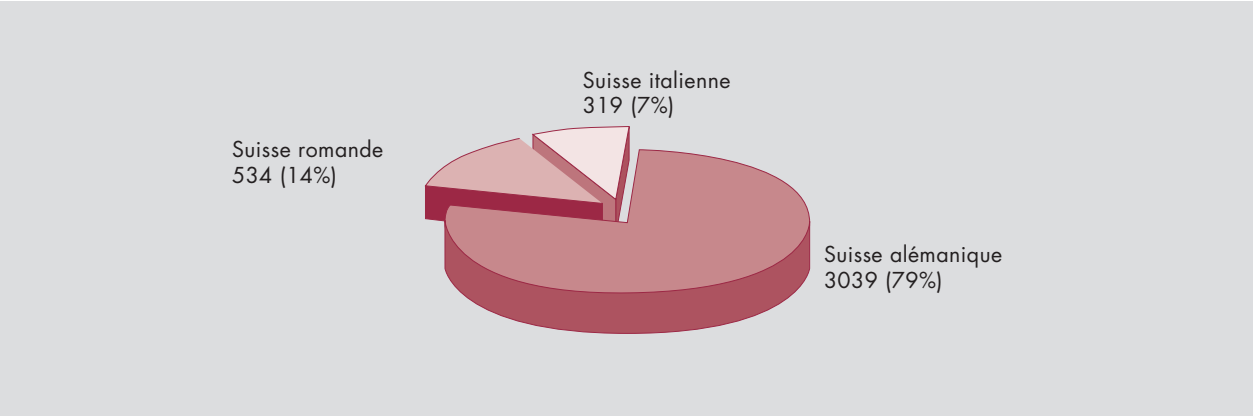
Le médiateur

M. Lorenzon

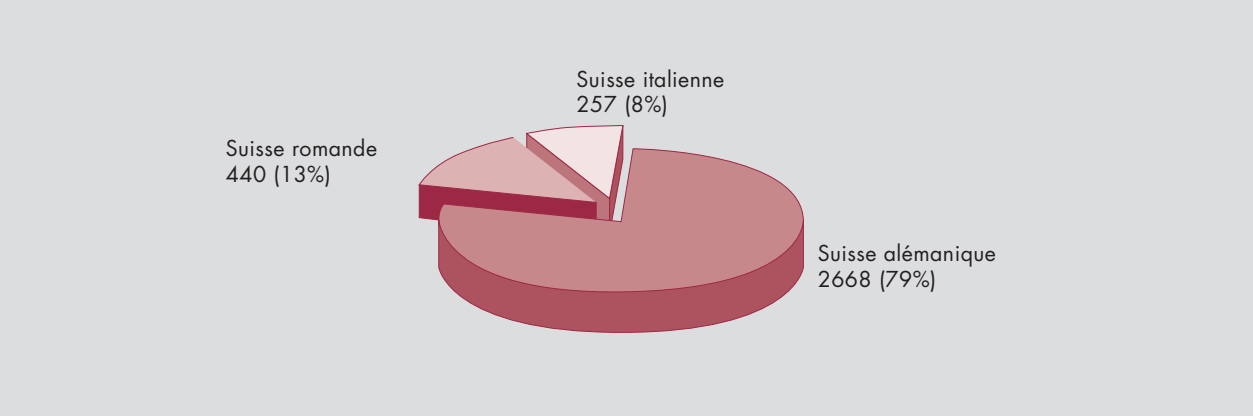
Zurich, mars 2013

Les statistiques 2012

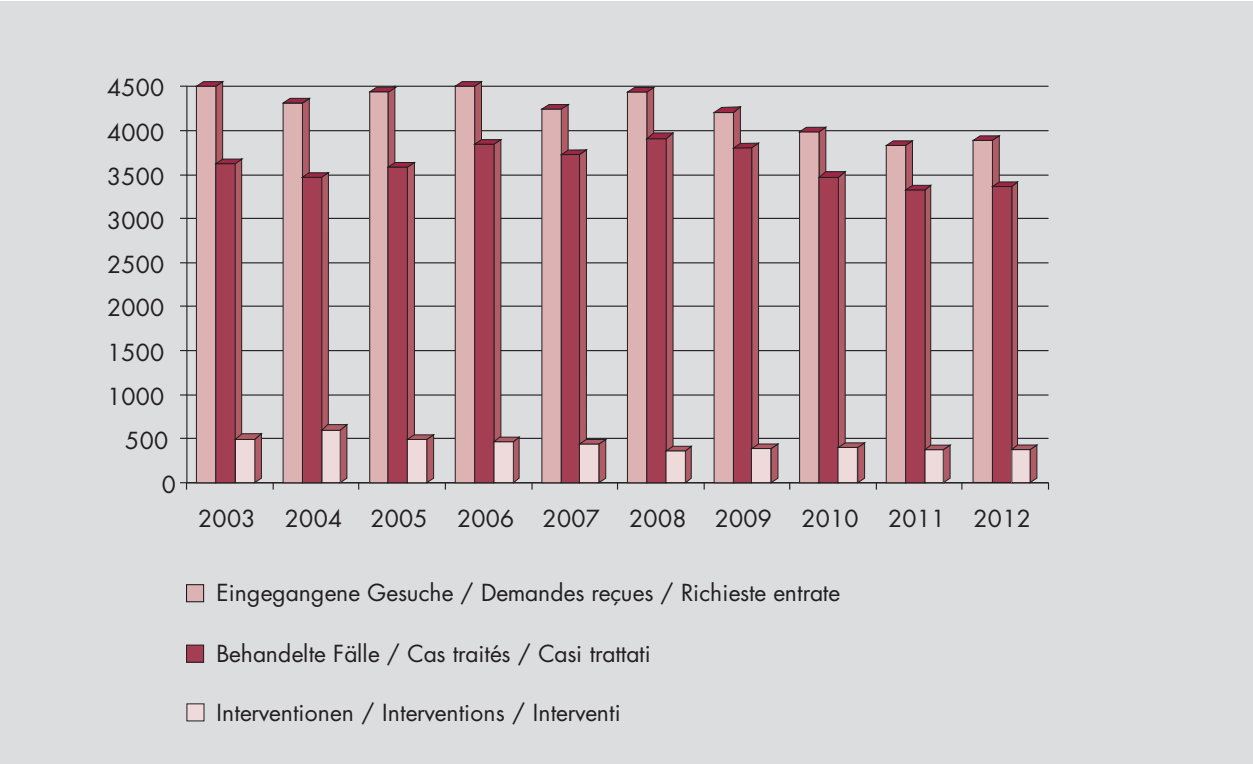
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2003 à 2012



Sociétés affiliées

ACE Assurances
AIG Europe (act. Chartis Europe SA)
AIG Life
Alba (maintenant Helvetia)
Allianz Global Assistance (anc. Elvia Assurance Voyage et Mondial Assistance)
Allianz Suisse (y c. ex Bernoise, ex Elvia)
Allianz Suisse Vie
Appenzeller Versicherungen
Aspecta
Assista TCS SA
Assurances de la Fédération des médecins suisses
Assurance militaire SuvaCare
Aurora Assurances SA (anc. Garanta)
AXA ARAG (anc. Winterthur ARAG)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Vie
Bâloise
Bâloise Vie
CAP Protection juridique
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire
Chartis Europe SA (anc. AIG Europe)
Chubb
Coop Protection juridique
CSS Assurance SA
DAS
Elvia Assurance Voyages (act. Allianz Global Assistance)
Emmental Assurance
Epona
Européenne Assurances Voyages SA
Fortuna Protection Juridique
GAN
Garanta (act. Aurora Assurances SA)
Generali
Generali Assurances de personnes
Genworth Financial
Groupe Mutuel Assurances GMA SA (assurance-maladie exceptée)
Groupe Mutuel Vie GMV SA
HDI-Gerling (anc. Gerling)
Helsana Accidents SA
Helsana Protection juridique
Helvetia (incl. ex Alba, ex Phenix)
Helvetia Vie
Império
Innova
Inter Partner Assistance
La Mobilière
La Mobilière Vie
Mannheimer
Mondial Assistance Schweiz (act. Allianz Global Assistance)
Nationale Suisse
Nationale Suisse Vie (y c. ex Coop Vie)
Orion
Pax
Phenix (maintenant Helvetia)
Protekta
Providentia (act. Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas assurance privée SA (assurance-maladie exceptée)
Skandia Vie SA
Société suisse d'ass. contre la grêle
smile direct assurance sa (anc. Coop)
Suva
SuvaCare Assurance militaire
Swiss Life
Sympany
TSM
UBS Life SA
UNIQA
VA Assurance des Médecins Suisses société coopérative
Vaudoise Générale
Vaudoise Vie
Visana Assurance SA
Winterthur ARAG (act. AXA ARAG)
XL Assurance Suisse SA
Zenith Vie
Zurich
Zurich Vie

www.deux-piece.ch

Ombudsman
de l'assurance privée et de la Suva
Ch. des Trois-Rois 2
Case postale 5843
1002 Lausanne

Tél: 021 317 52 71
Fax: 021 312 03 64
E-Mail: help@ombudsman-assurance.ch

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
In Gassen 14
Postfach 2646
8022 Zürich

Tel: 044 211 30 90
Fax: 044 212 52 20
E-Mail: help@versicherungsombudsman.ch

Ombudsman
dell'assicurazione privata e della Suva
Via Giulio Pocobelli 8
Casella postale 563
6903 Lugano

Tel: 091 967 17 83
Fax: 091 966 72 52
E-Mail: help@ombudsman-assicurazione.ch

www.ombudsman-assurance.ch
www.versicherungsombudsman.ch
www.ombudsman-assicurazione.ch
www.insuranceombudsman.ch