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

Rapport annuel 2013

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 Laura Meile, avocate (jusqu'au 31 juillet 2013) Stefanie Maag, avocate Suzanne Schaad-Ritt, avocate Adrian Bryner, avocat (à partir du 1 septembre 2013) 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,

L'exercice 2013 fut une année à la fois riche en défis et passionnante. Outre notre activité centrale au service des personnes sollicitant un conseil, à savoir la médiation avec les assureurs en cas de divergence d'opinion, nous nous sommes livrés à l'analyse de nos relations avec la clientèle. Le présent rapport annuel traitera donc aussi de ce point particulier.

Face à l'importance toujours croissante de la communication électronique, nous avons par ailleurs procédé à des améliorations du contenu de notre site Internet et, par souci de transparence, nous avons mis en ligne le règlement de l'office de médiation dans les trois langues officielles (allemand, français et italien). Nous souhaitons ainsi tenir compte du fait qu'avant de prendre contact avec l'office de médiation, les personnes qui font appel à nous se renseignent de plus en plus via Internet sur notre activité ainsi que sur la procédure de médiation de notre institution.

Afin que l'office de médiation reçoive aussi vite que possible les informations dont nous avons besoin pour traiter les requêtes et les plaintes qui nous sont soumises, j'aurais également une demande à l'adresse de nos clients. Nous ne pouvons mener sérieusement à bien notre travail que si vous nous informez de manière exhaustive de vos divergences avec votre assureur, en joignant les documents nécessaires. En règle générale, un simple e-mail avec un extrait des faits du point de vue de son auteur ne suffit pas. Etant donné que nous ne pouvons ni exclure, ni empêcher des abus liés à la transmission de vos e-mails à l'office de médiation, nous vous recommandons de ne pas envoyer par voie électronique des informations relatives à des maladies, accidents et autres données personnelles sensibles.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Fondation
Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Résumé du rapport annuel 2013

Au cours de l'exercice de référence 2013, le nombre de demandes et de plaintes relevant du champ de compétence de l'office de médiation a reculé, passant de 3365 à 3207 (-4,9%). Cette baisse concerne presque exclusivement des requêtes traitées par téléphone.

Dans 2813 cas, le problème a été réglé directement avec l'assuré ou le requérant. Sur 1407 demandes écrites soumises à l'office de médiation, 394 ont donné lieu à une intervention auprès des compagnies d'assurances (soit un taux d'intervention de 28%). Le taux de succès a atteint 69,6%.

Comme les années précédentes, les plaintes complexes et exigeant de plus en plus de travail dans le secteur des assurances de personnes ont représenté la part la plus importante de notre activité, à savoir 51,1% des cas. Un type de plaintes est devenu récurrent, à savoir les plaintes liées à des divergences de vue entre médecins sur le « seuil de tolérance » à partir duquel un diagnostic de maladie établit la perte de la capacité de travailler (cf. chapitre « Secteur non-vie »). En augmentation également, le nombre d'assurés inquiets de voir diminuer leurs paiements de rentes d'assurances privées en raison de la réduction de la participation aux excédents non garantie (cf. chapitre « Le secteur des assurances privées »). Différentes plaintes concernaient pour leur part des retards dans le paiement de rentes pour incapacité de gain à des assurés s'étant retrouvés entre-temps en situation de détresse financière (cf. chapitre « Secteur vie »).

Les branches RC véhicules automobiles et responsabilité civile (cf. chapitre « Secteur non-vie ») ont, elles aussi, constitué un volet essentiel de l'activité de l'office de médiation, avec 570 demandes et plaintes traitées. Le plus souvent, ces dernières portaient sur des divergences d'opinion quant au déroulement du sinistre et à la question de la faute et de la responsabilité. L'office a reçu pour examen un nombre plus important de refus de prestations d'assurance très sommaires et sans référence au cas concret en question.

Au cours de l'exercice sous revue, l'office de médiation ne s'est pas contenté de juger l'activité des assureurs. Il a également demandé à ses clients d'évaluer sa propre activité. Suite à la parution d'articles critiques dans la presse au printemps 2013 à propos des offices de médiation suisses en général, nous avons chargé GfK Switzerland SA de réaliser une étude représentative de satisfaction auprès de notre clientèle. Dans l'ensemble, les résultats de cette enquête sont bons. Ils montrent toutefois également dans quels domaines nous devons encore nous améliorer aux yeux de nos clients (cf. chapitre « Etude sur la satisfaction de la clientèle »).

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2013
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 13
Secteur LAA et assurance militaire 17
Secteur de la prévoyance professionnelle 19

Le bureau décentralisés
Bureau décentralisé de Suisse romande 21
Bureau décentralisé de Suisse italienne 23

Autres activités 26

Etude sur la satisfaction de la clientèle 27

Les statistiques 2013
Statistique par régions : demandes reçues 31
Statistique par régions : cas traités 31
Activité de 2004 a 2013 32

Sociétés affiliées 33

Aperçu de l'exercice 2013

Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2013, le nombre des demandes et plaintes soumises à l'office de médiation s'est élevé à 3747 (3892 en 2012).

Total des demandes				3747	(3892)
De notre compétence				3207	(3365)
Cas réglés directement	• par téléphone	1800	(1965)		
	• par écrit	1013	(1030)	2813	(2995)
Interventions				394	(370)

Chiffres 2012 entre parenthèses

Par rapport à l'exercice précédent, le nombre de cas relevant de notre compétence a reculé de 158 (-4,9%). Ce recul concerne presque exclusivement les demandes réglées par téléphone. Nous ignorons les motifs de cette baisse des demandes téléphoniques.

La proportion des demandes souvent complexes et exigeant beaucoup de travail liées au secteur des assurances de personnes s'est montée à 51% (49,4%). Si l'on tient également compte des plaintes dans le domaine de l'assurance voyages, qui portent le plus souvent sur les frais d'annulation pour des raisons de santé, les prestations d'assistance et les frais de guérison, la part des assurances de personnes relevant de notre compétence atteint au total 55,8% (53%).

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

Branches	2013	2012
AVS	11	13
AC	2	3
AI	16	23
Caisses-maladie	289	256
Assurances cantonales	23	18
Compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger	20	13
Assureurs privés non affiliés à la fondation	31	45
Prévoyance en faveur du personnel (institutions LPP autonomes)	44	55
Divers	103	101
Assurance maternité	1	0
Total	**540**	**527**

En matière d'assurances de personnes, 549 cas (603) concernaient l'assurance accidents obligatoire (y compris 12 (6) demandes relatives à l'assurance militaire de la Suva), suivis par 522 cas (524) liés aux assurances indemnités journalières en cas de maladie, 398 demandes (375) relatives à l'assurance vie, 102 cas (104) portant sur le secteur LPP et 59 cas (55) sur les assurances accidents privées.

Assurance accidents obligatoire et assurance militaire	549	(603)
Assurance indemnités journalières maladie	522	(524)
Assurance vie	398	(375)
Secteur LPP	102	(104)
Assurance accidents privée	59	(55)
Total	**1630**	**(1661)**

Chiffres 2012 entre parenthèses

Les différentes évolutions des nombres de cas dans le domaine des assurances de personnes correspondent aux variations habituelles de ces dernières années. La proportion des demandes relatives à l'assurance accidents obligatoire (y compris l'assurance militaire) pour lesquelles une décision formelle avait déjà été rendue a continué à diminuer au cours de l'exercice sous revue, atteignant 12,5%.

Ce nouveau recul de la part de demandes pour lesquelles une décision formelle avait déjà été rendue s'explique sans doute en particulier par le fait que lors du premier contact, à titre de mesure immédiate, nous recommandons à tous les requérants, d'une part, d'informer par écrit l'assureur LAA ou militaire qu'ils ont fait appel à l'office de médiation et, d'autre part, de le prier de bien vouloir attendre avant de rendre sa décision, afin que nous puissions remplir notre rôle.

Demandes et plaintes ventilées par branches

Branche	**2013**	A	B	C	D	2012
Accidents (privé)	59	12	2	40	5	55
Animaux	8	0	4	2	2	11
Assurance voyages	161	19	11	113	18	130
Bâtiments / bris de glace	81	27	16	31	7	89
Bijoux	2	0	0	2	0	8
Casco	156	34	42	72	8	140
Cautionnement	1	1	0	0	0	1
Chômage	0	0	0	0	0	2
Dégâts d'eau	40	12	0	24	4	45
Garantie	3	0	0	2	1	1
Garantie de crédit	18	3	1	11	3	21
Incendie et éléments naturels	24	2	2	16	4	37
LAA	549	30	205	245	69	603
LPP	102	19	27	43	13	104
Machines	3	1	0	2	0	0
Maladie	522	86	65	290	81	524
Ménage	177	48	45	65	19	180
Protection juridique	239	52	29	122	36	318
RC véhicules automobiles	294	53	66	141	34	314
Responsabilité civile	276	49	26	170	31	329
Transport	4	2	1	1	0	1
Vie	398	150	40	158	50	375
Vol	90	14	10	61	5	77
Total	**3207**					**3365**

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	**2013**	2012	2011	2010	2009
Vie	**398**	375	533	534	648
RC auto	**294**	314	304	303	354
Maladie	**522**	524	621	569	475
RC générale	**276**	329	332	304	350
LAA	**549**	603	519	637	651

Ventilation des demandes selon leur provenance

Ventilation selon le sexe ou autres critères

Se sont adressés à l'office de médiation en 2013:

Hommes	1932	(2015)
Femmes	1536	(1542)
Entreprises, autorités et organisations	279	(335)

Chiffres 2012 entre parenthèses

Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2013	2012	Différence
Suisse alémanique	2977	3039	– 62
Suisse romande	466	534	– 68
Suisse italienne	304	319	– 15
Total	**3747**	**3892**	**– 145**

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2013	2012	Différence
Suisse alémanique	2575	2668	– 93
Suisse romande	380	440	– 60
Suisse italienne	252	257	– 5
Total	**3207**	**3365**	**– 158**

Par rapport à l'exercice précédent, le recul du nombre de cas relevant de notre compétence (de 3365 à 3207) concerne autant le siège principal de Zurich (-3,6%) que les bureaux décentralisés de Suisse italienne et de Suisse romande à Lugano (-1,9%) et à Lausanne (-15,7%).

Provenance géographique des demandes et des plaintes en 2013

	Total		LGA		LAA		LPP		pas de notre compétence	
AG	**247**	(276)	170	(190)	35	(45)	6	(4)	36	(37)
AI	**5**	(6)	4	(2)	1	(2)	0	(0)	0	(2)
AR	**16**	(9)	14	(7)	1	(1)	0	(1)	1	(0)
BE	**405**	(414)	278	(274)	57	(70)	12	(11)	58	(59)
BL	**156**	(141)	102	(90)	32	(30)	3	(5)	19	(16)
BS	**134**	(131)	83	(95)	29	(15)	2	(6)	20	(15)
FR	**88**	(85)	57	(63)	12	(10)	3	(4)	16	(8)
GE	**138**	(142)	104	(108)	12	(16)	1	(0)	21	(18)
GL	**16**	(19)	7	(10)	5	(7)	1	(1)	3	(1)
GR	**50**	(37)	34	(28)	3	(7)	4	(0)	9	(2)
JU	**9**	(17)	3	(10)	3	(7)	1	(0)	2	(0)
LU	**179**	(183)	117	(117)	27	(36)	7	(5)	28	(25)
NE	**40**	(50)	31	(40)	3	(4)	0	(0)	6	(6)
NW	**16**	(13)	9	(10)	3	(0)	0	(0)	4	(3)
OW	**7**	(9)	2	(5)	0	(2)	1	(0)	4	(2)
SG	**159**	(138)	105	(99)	22	(25)	7	(2)	25	(12)
SH	**44**	(27)	31	(19)	5	(6)	1	(0)	7	(2)
SO	**103**	(90)	79	(63)	9	(10)	4	(3)	11	(14)
SZ	**66**	(68)	53	(49)	9	(14)	0	(1)	4	(4)
TG	**76**	(94)	58	(68)	10	(10)	2	(3)	6	(13)
TI	**308**	(341)	225	(247)	28	(15)	7	(15)	48	(64)
UR	**7**	(11)	6	(11)	1	(0)	0	(0)	0	(0)
VD	**231**	(300)	158	(206)	24	(18)	8	(13)	41	(63)
VS	**87**	(78)	66	(60)	8	(5)	0	(0)	13	(13)
ZG	**64**	(62)	44	(37)	9	(13)	3	(2)	8	(10)
ZH	**959**	(1023)	645	(681)	159	(200)	22	(24)	133	(118)
Etranger	**137**	(128)	71	(69)	42	(35)	7	(4)	17	(20)
Total	**3747**	**(3892)**	**2556**	**(2658)**	**549**	**(603)**	**102**	**(104)**	**540**	**(527)**

Chiffres 2012 entre parenthèses

Interventions

Le nombre total d'interventions a augmenté, passant de 370 à 394, avec une politique d'intervention inchangée. Les interventions multiples dans le cadre de la même plainte apparaissent dans le tableau ci-dessous comme une seule intervention.

	2013	2012	Différence
Suisse alémanique	328	296	+ 32
Suisse romande	52	66	– 14
Suisse italienne	14	8	+ 6
Total	**394***	**370**	**+ 24**

*Dont 339 liquidées à fin 2013

Taux d'interventions (sur la base des demandes écrites soumises à l'office de médiation)

Les requêtes qui peuvent être réglées par téléphone n'entraînent jamais d'intervention. Le calcul du taux d'interventions repose donc uniquement sur la base des demandes que nous recevons par écrit (y compris par fax et par e-mail).

Assurance privée	29,05%	(27,8%)
Assurance accidents obligatoire/LAA	24,2%	(19,1%)
Fondations collectives LPP	18,8%	(24,4%)

Le nombre de cas ayant nécessité plusieurs interventions a baissé par rapport à l'exercice précédent, passant de 89 (24%) à 82 (20,8%). Le secteur qui a connu le taux d'interventions le plus élevé est celui de l'assurance voyages (46%), suivi de l'assurance ménage (40%), puis du secteur vie individuelle (34%). S'agissant des indemnités journalières de maladie et du secteur LAA, le taux d'interventions a atteint respectivement 16,6% (26,2%) et 24,2% (27,5%). Dans ces différents domaines, les dossiers posent très souvent des questions complexes de faits et de droit, dont la clarification exige un dialogue parfois intensif avec l'assureur concerné. C'est particulièrement le cas pour le secteur vie où, dans près de 30% des cas, il a fallu intervenir jusqu'à quatre reprises auprès de l'assureur.

Interventions par branche / secteur

Branche/secteur	sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total interv.
RC auto	259	29	6	0	0	35
Chômage	0	0	0	0	0	0
Ménage	146	23	8	0	0	31
Vol	76	11	1	2	0	14
Eléments naturels	5	0	1	0	0	1
Incendie	14	3	1	0	0	4
Casco	134	21	1	0	0	22
Bâtiments	72	3	0	0	0	3
Bris de glace	6	0	0	0	0	0
Garantie	3	0	0	0	0	0
Resp. civile	249	21	6	0	0	27
Maladie	491	23	8	0	0	31
Cautionnement	1	0	0	0	0	0
Garantie crédits	14	3	1	0	0	4
Vie	319	57	15	5	2	79
Machines	2	1	0	0	0	1
Voyages	120	32	8	1	0	41
Protect. juridique	207	26	4	2	0	32
Bijoux	0	1	1	0	0	2
Transport	4	0	0	0	0	0
Animaux	6	1	1	0	0	2
Accidents (privés)	56	3	0	0	0	3
Dégâts d'eau	35	5	0	0	0	5
LAA	502	40	4	2	1	47
LPP	92	9	1	0	0	10
Total	**2813**	**312**	**67**	**12**	**3**	**394**

Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 339 interventions clôturées à fin 2013 a été positif dans 236 cas (69,6%) et négatif dans 83 cas (24,5%). Dans 20 cas, le résultat a été enregistré comme neutre. Comme les années précédentes, des arrangements ont pu être trouvés dans certains cas grâce à des arguments sortant du cadre juridique. Notamment dans des cas de rigueur où les aspects sociaux jouaient un rôle important, ou lorsque la seule application du droit aurait donné lieu à un résultat insatisfaisant.

Dans la grande majorité des cas où une intervention n'a abouti qu'à un arrangement partiel ou à aucun arrangement, l'office de médiation a pu comprendre les motifs avancés par l'assureur après lui avoir demandé une prise de position.

Dans quelques interventions isolées, le médiateur a été obligé de conseiller au requérant de faire appel à un avocat. Ces recommandations n'interviennent qu'après d'intenses négociations et les préavis ad hoc à l'assureur dans le cas où celui-ci maintient sa position opposée à un arrangement.

Collaboration avec les compagnies d'assurances

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

Cette situation s'explique en grande partie par le fait que le médiateur a auprès de chaque compagnie d'assurances une interlocutrice ou un interlocuteur attitré qu'il connaît personnellement. Cette collaboration basée sur le principe de l'interlocuteur découle de la nature même de l'office de médiation : contrairement à la démarche de la procédure judiciaire, l'activité du médiateur est axée sur la coopération et la recherche d'un consensus. Le recours à l'office de médiation, intermédiaire indépendant et neutre, vise à trouver une solution à l'amiable et équitable. Il n'est pas rare que la première mesure consiste à assouplir des positions complètement figées et à relancer le dialogue entre les parties en conflit. A cet effet, il est primordial que les négociations entre l'office de médiation et la compagnie d'assurances concernée soient menées non pas avec la personne jusqu'alors responsable du dossier, mais avec un interlocuteur de l'assurance spécialement chargé de toutes les interventions. Cet interlocuteur est presque toujours membre de la direction et, à ce titre, a toute la compétence décisionnelle requise. Par conséquent, le requérant a la garantie que son cas sera réexaminé par une personne d'expérience, capable de s'imposer en interne, et surtout par un regard neuf.

Dans la grande majorité des cas, la qualité des prises de position des compagnies était tout à fait valable et reposait sur un examen sérieux des différentes interventions. La collaboration s'est révélée insatisfaisante dans de rares cas où les assureurs concernés ne sont pas entrés en matière sur des arguments que nous considérions comme importants. Ce qui a régulièrement nécessité une nouvelle intervention.

S'agissant des assurances de personnes, la durée du traitement des interventions reste en moyenne de quatre à six semaines. Dans ce domaine, les éventuels retards sont souvent imputables à l'attente de vérifications médicales par des médecins externes, 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 est plus courte. Elle oscille entre une et quatre semaines pour la plupart des assureurs. Malheureusement, pour quelques rares compagnies, elle continue de dépasser quatre semaines dans le secteur non-vie. Un délai de traitement supérieur à quatre semaines ne respecte pas les directives internes des assureurs en notre connaissance. Raison pour laquelle, dans certains cas, l'office de médiation a été obligé de protester contre la durée 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 2013, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle est légèrement reparti à la hausse, passant de 375 à 398 (+6%).

Pas de garantie des droits acquis dans la mesure accordée jusqu'à présent sur de futures participations aux excédents

L'office de médiation a reçu en 2013 davantage de demandes émanant de bénéficiaires d'une rente inquiets, auxquels l'assureur avait annoncé une réduction de la rente excédentaire accordée en sus de la rente garantie. La plupart des assurés en question savaient que les participations aux excédents pendant la phase de perception de la rente ne peuvent pas être garanties à l'avance, parce qu'elles dépendent du résultat de l'exercice concerné et, partant, sont déterminées annuellement. Lors de la conclusion du contrat, les assurés avaient notamment été informés qu'il y a des excédents lorsque les rendements des placements de capitaux sont supérieurs et / ou que l'évolution des risques et des coûts est inférieure aux hypothèses sous-tendant le calcul de la prime. Néanmoins, certains assurés estimaient qu'en raison des excédents inchangés attribués depuis plusieurs années, et faute d'indications contraires, ils disposaient d'une garantie des droits acquis. Nous nous sommes toutefois vus dans l'obligation de leur faire remarquer que des attributions d'excédents ou de bonus inchangées depuis quelques années ne sauraient conduire ni à une modification contractuelle, ni à un droit coutumier à d'autres paiements de bonus au moins égaux à ceux versés jusqu'ici. Il n'existe à cet effet aucune base légale ou contractuelle.

Pour des raisons de compétence, nous avons dû aiguiller les assurés qui nous ont demandé d'examiner le caractère adéquat de la réduction des excédents vers l'autorité de surveillance des marchés financiers, la FINMA, qui vérifie l'éventuel caractère abusif des attributions d'excédents.

Conclusion de polices de pilier 3a – Conditions de cotisation non remplies – Conseils erronés de courtiers en assurances

Certaines demandes concernaient l'admissibilité du versement de cotisations au pilier 3a, la prévoyance individuelle liée. L'office de médiation s'est par exemple occupé de la police 3a d'un collaborateur d'une organisation internationale à Genève, qui était exonéré d'impôt en Suisse et non soumis à l'obligation de cotiser à l'AVS. Les conditions pour cotiser au pilier 3a (activité lucrative en Suisse dont le revenu est soumis à l'AVS et imposable) n'étaient par conséquent pas remplies. En examinant le dossier, l'office de médiation a constaté que le courtier en assurances à l'origine de la police avait prodigué des conseils erronés. Indépendamment de cela, le médiateur est intervenu auprès de l'assureur visé par la plainte. Il lui a exposé sa position, à savoir que, lors de la conclusion du contrat, l'assureur doit vérifier que les conditions pour le versement de cotisations au pilier 3a sont réunies (p. ex. à l'aide de questions ad hoc dans le formulaire de la proposition), y compris lorsque c'est un courtier en assurances qui conclut la police, comme dans le cas en question. Dans un premier temps, les parties en présence ont refusé la proposition de l'office de médiation de convertir avec effet rétroactif la police 3a en une police 3b (prévoyance libre). Après de nouvelles négociations, l'assureur a accepté de résilier la police et de rembourser au requérant le capital-épargne accumulé, sans déduction de frais.

Calcul erroné de valeurs de transformation sur la base d'achats et de ventes non réalisés de parts de fonds

C'est à la FINMA, l'autorité de surveillance des marchés financiers, qu'il incombe de contrôler le caractère abusif du calcul de la valeur de rachat et de la valeur de transformation par l'assureur vie et/ou celui du niveau des primes de risque et des coûts. L'office de médiation n'étant pas habilité à interférer dans le champ de compétence de la FINMA, il intervient uniquement en cas de manquements manifestes à des obligations contractuelles dans le cadre de la transformation de la police en une assurance libérée du paiement des primes. Dans l'un de ces cas, l'assureur concerné a calculé d'abord la valeur de rachat d'une police liée à un fonds sur la base des cours de vente des parts de fonds dans lesquelles les primes versées avaient été investies. Par contre, le calcul des valeurs de transformation réalisé le même jour se basait pour sa part sur les cours d'achat des placements de fonds correspondants, alors même qu'il n'y avait eu en réalité ni vente, ni achat de parts de fonds. Puisque les cours de vente sont plus élevés que les cours d'achat, les « ventes », puis les « achats » réalisés le même jour engendraient une perte, qui n'aurait pas dû être prise en compte dans le calcul de la valeur de transformation de la police. Après l'intervention de l'office de médiation, l'assureur a corrigé son erreur, ce qui a entraîné une augmentation de la valeur de transformation de la police d'assurance vie libérée du paiement des primes.

Retards dans le versement de rentes pour incapacité de gain / réglementation non applicable dans la pratique de la survenance de la demeure au sens de l'art. 105 du Code des obligations

Différentes plaintes concernaient des retards dans le versement de rentes pour incapacité de gain de la part de différents assureurs vie après l'expiration du délai d'attente convenu de 720 jours. Concrètement, il s'agissait de personnes assurées qui avaient annoncé suffisamment tôt leur incapacité de gain à l'assureur, en joignant des rapports médicaux circonstanciés et les documents nécessaires relatifs à la diminution de la capacité de gain pour raison de santé. A la suite de quoi les assureurs vie concernés ont, certes (afin d'économiser des coûts), renoncé à réaliser un examen approfondi du cas d'assurance, mais n'ont pas versé de rentes pour autant. Et ce, au motif qu'ils voulaient attendre la décision de l'assurance invalidité fédérale avant de prendre une décision de prestation définitive.

Dans l'un de ces cas, près de deux années supplémentaires se sont écoulées au terme du délai de 720 jours auprès de l'assureur vie jusqu'à ce que l'assurance invalidité fédérale donne un préavis, lequel prévoyait une rente AI complète rétroactive sur plusieurs années. En conséquence, l'assureur vie a versé les rentes en suspens depuis presque deux ans. Le montant correspondant n'ayant pas été rémunéré, la personne concernée, qui a fait face dans l'intervalle à de graves difficultés financières, s'est plainte auprès de l'office de médiation. Ce dernier est intervenu et a recommandé à l'assureur vie, sur la base des circonstances concrètes, de verser un intérêt moratoire. Motif : l'assureur n'a pas examiné lui-même les justificatifs remis par l'assuré pour la demande de rente, mais a économisé sur les frais d'analyse en attendant le résultat des clarifications de l'AI ; il a ainsi disposé pour une longue période de l'important montant à cinq chiffres versé tardivement. L'assureur vie a toutefois refusé de verser un quelconque intérêt. Pour se justifier, il a expliqué qu'en ce qui concerne les différents arrérages, il n'y a pas de date d'exécution déterminée et que chaque versement de rente en suspens aurait dû faire l'objet d'un rappel. Il a ajouté que, pour les

arrérages, la règle de l'art. 105, al. 1 CO s'applique, à savoir que l'intérêt moratoire n'est dû qu'à partir du jour de la poursuite ou de la demande en justice.

D'un point de vue strictement juridique, il est vrai que l'office de médiation ne pouvait pas critiquer la position de l'assureur. Cependant, il considère que la réglementation relative à la demeure pour le paiement d'arrérages figurant dans le Code des obligations n'est pas applicable en pratique pour les raisons suivantes :

A partir du moment où l'assuré a justifié sa demande de rente avec des documents, l'assureur est tenu d'examiner le cas d'assurance. Si toutefois l'assureur, pour des raisons de coûts, ne remplit pas son obligation d'examiner la prestation d'assurance et préfère suspendre sa décision jusqu'à ce que l'AI ait procédé à des clarifications complètes, cela entraîne une situation insatisfaisante. Cette disposition légale exige en effet de la personne assurée, qui a pleinement accompli ses devoirs de collaboration lors de l'établissement des faits, qu'elle ouvre une procédure de poursuite séparée à l'encontre de l'assureur dont les paiements sont en retard, le cas échéant pendant des années, pour chaque (!) versement de rente dû, afin de le mettre en demeure pour les différents paiements d'arrérages. Si l'assuré ne le fait pas, les paiements ne sont pas rémunérés pendant des années, faute d'une mise en demeure par le biais d'une poursuite.

Secteur non-vie

Assurances choses

Dans le secteur des assurances choses, comme les années précédentes, ce sont la justification et le montant de prestations d'assurances qui arrivent en première position, suivis par les demandes touchant à la couverture et à la résiliation d'un contrat.

Double assurance à la constitution d'une communauté d'habitation

S'agissant de l'assurance ménage, plusieurs demandes soumises à l'office de médiation concernaient un thème récurrent : en raison des polices existantes, la constitution d'une communauté d'habitation de deux personnes peut entraîner de facto une double assurance. C'est le cas lorsqu'au moins une des deux polices d'assurance existantes prévoit une couverture pour d'autres personnes vivant sous le même toit. Certaines personnes concernées par ces situations nous ont ainsi demandé si la constitution d'une communauté d'habitation, d'un concubinage ou d'un mariage ne donnait pas droit à la résiliation anticipée de l'une de ces polices d'un point de vue juridique. Nous avons dû à chaque fois leur répondre par la négative, faute d'une base légale et contractuelle. Une résiliation anticipée serait par exemple possible dans le cas d'un sinistre couvert ou d'une augmentation de prime non basée sur l'indice au début de la prochaine année d'assurance.

Nous avons néanmoins pu apporter en règle générale notre aide aux assurés ayant sollicité un conseil. Selon la pratique de différentes compagnies d'assurances, en cas de double assurance résultant de la constitution d'un ménage commun, elles se montrent conciliantes et résilient souvent la plus récente des deux polices à la fin de l'année d'assurance en cours, sur la base de la demande des deux personnes impliquées et de la preuve des faits invoqués. Lorsque nous avons recommandé aux requérants concernés de demander une prise de position en

ce sens à l'assureur avec lequel la police la plus récente avait été conclue, et de faire si nécessaire adapter la somme assurée auprès de l'autre assureur afin d'éviter une future sous-assurance, ces demandes ont à notre connaissance toutes été acceptées.

Questions de distinction entre vol à l'astuce et brigandage

Dans le domaine de l'assurance vol, quelques cas ont été soumis à l'office de médiation afin qu'il évalue s'il s'agissait d'un « vol simple à l'extérieur » ou d'un « brigandage ». L'un d'eux concernait une personne qui voulait retirer de l'argent à un distributeur. Après la saisie de son code, un tiers inconnu l'a distraite et poussée. A ce moment, une autre personne inconnue a retiré une somme d'argent à quatre chiffres au distributeur sur son compte. Sur la base des faits, l'assureur vol est parti du principe qu'il était question ici d'un vol à l'astuce. Selon les conditions générales d'assurance déterminantes, celui-ci est considéré comme vol simple à l'extérieur. Conformément à une pratique courante, la police n'incluait pas d'assurance pour les valeurs financières en cas de vol simple. L'assureur a donc refusé l'indemnisation demandée. Le requérant n'était pas d'accord et a fait appel à l'office de médiation.

Après examen du dossier, le médiateur n'a pas contesté la position de l'assureur. Il aurait pu être question de brigandage au sens du contrat d'assurance uniquement si la personne assurée avait eu connaissance de l'intention des auteurs de commettre un vol, mais qu'en raison d'une menace intense ou du recours à la violence directe contre la vie et l'intégrité corporelle, elle avait été contrainte à céder aux auteurs, dont elle connaissait l'intention. Dans ce cas concret, les investigations policières n'ont pas conclu à l'utilisation d'une telle violence, menace ou contrainte pouvant être qualifiée de « moyen coercitif » pour commettre le vol.

Assurances véhicules automobiles

En 2013, les plaintes liées aux assurances véhicules automobiles concernaient en priorité des questions inhérentes aux preuves du déroulement du sinistre après des collisions entre véhicules, et à l'appréciation consécutive de la faute et de la responsabilité par l'assureur adverse. Certaines questions avaient également pour objet la conclusion du contrat, un retard dans le paiement des primes, la résiliation anticipée en cas de changement de véhicule, sans oublier des plaintes liées à la procédure en raison d'une durée de traitement trop longue.

Refus de prestations dans l'assurance responsabilité civile sans référence aux faits concrets

Dans le secteur de l'assurance responsabilité civile, l'office de médiation a traité des divergences d'opinion à propos de plusieurs refus sommaires de prestations d'un assureur responsabilité civile, rédigés sans aucune référence au cas individuel concret. Pour des raisons compréhensibles, les lésés ont eu l'impression que l'assurance responsabilité civile de la personne responsable du sinistre n'avait pas du tout examiné leur cas.

Assurances d'indemnités journalières et d'incapacité de gain / Divergences d'appréciation des médecins du « seuil de tolérance » à partir duquel un diagnostic médical établit la perte de la capacité de travailler

Dans le secteur non-vie, 522 plaintes ont porté sur les prestations de l'assurance d'indemnités journalières en cas de maladie et d'incapacité de gain, chiffre quasi inchangé par rapport à l'exercice précédent (524). Une grande partie des cas soumis étaient liés à des divergences d'appréciation de la capacité de travailler entre le médecin traitant et le médecin-conseil de l'assureur. Nous

sommes intervenus auprès des assureurs concernés lorsque nous estimions nécessaire qu'ils reconsidèrent leur position ou fournissent des clarifications supplémentaires. Cette démarche a parfois permis d'obtenir un geste de l'assureur, sous forme de prestations plus élevées.

L'assuré a-t-il un droit légal impératif de passage de l'assurance collective d'indemnités journalières dans l'assurance individuelle suite à la perte de son emploi ?

Quelques demandes portaient sur le passage de l'assurance collective d'indemnités journalières de l'ancien employeur à une assurance individuelle d'indemnités journalières. Ainsi, des personnes sans emploi ont soumis plusieurs plaintes à l'office de médiation au sujet du refus de demandes, établies dans les délais, de passage dans l'assurance individuelle.

L'assureur en question a refusé lesdites demandes en s'appuyant sur une clause des conditions générales d'assurance (CGA), qui prévoit qu'en cas de cessation du contrat de travail avant la fin de la période d'essai, l'assuré ne jouit pas du droit de passage dans l'assurance individuelle. Par conséquent, l'office de médiation a examiné si cette clause contractuelle n'était pas contraire à une disposition légale impérative. L'art. 100, al. 2 LCA, prévoit, en relation avec les art. 71, al. 1 et 2, et 73 LAMal, que les assurés d'une assurance collective d'indemnités journalières réputés chômeurs en vertu de l'art. 10 AC, ont un droit légal à la continuation de l'assurance individuelle (au sens de la LCA) aux conditions appliquées jusqu'ici.

Des assurances d'indemnités journalières peuvent être conclues au choix sur la base de la LAMal ou de la LCA. Le renvoi, dans l'art. 100, al. 2 LCA, à la LAMal implique une coordination de la réglementation du droit des assurances privées et de celle du droit des assurances sociales. Une réglementation uniforme est ainsi créée pour le cas où un assuré sort de l'assurance collective. En premier lieu, l'art. 71, al. 1 LAMal confère à l'assuré sortant de l'assurance collective le droit de passer dans l'assurance individuelle du même assureur ; de ce fait, il ne doit pas s'efforcer de chercher une couverture d'assurance ailleurs, cette démarche pouvant comporter des difficultés a fortiori pour une personne sans emploi. Le droit d'accorder le passage dans l'assurance individuelle en vertu de l'art. 71, al. 1 LAMal constitue une prescription légale impérative. Les assureurs d'indemnités journalières au sens de la LAMal ne peuvent pas exclure certaines personnes sortant de l'assurance collective et sans emploi du droit de passer dans l'assurance individuelle. L'uniformité de la réglementation pour les assurances LAMal et LCA n'est plus garantie si les assureurs LCA réservent le droit de passage à certains assurés en invoquant la liberté contractuelle. Il ne peut plus être question d'une « coordination de la réglementation du droit des assurances privées et de celle du droit des assurances sociales » si les assureurs privés pouvaient s'arroger le droit de resserrer le cercle des assurés bénéficiant du droit de passage davantage que prévu par l'art. 71, al. 1 LAMal. Par conséquent, l'office de médiation a donné sa vision à l'assureur, à savoir que l'art. 100, al. 2 LCA, revêt pour ces raisons un caractère impératif. Il a ajouté que ce caractère impératif découlait également de la présence de cette réglementation dans le titre final de la loi : en règle générale, les dispositions figurant dans le titre final d'une loi sont impératives.

Même après d'intenses négociations, l'assureur ne partageait pas cette interprétation du droit. Conformément au préavis transmis à l'assureur, l'office de médiation a donc recommandé au requérant de faire appel à un avocat.

Assurances voyages – ou quand l'assuré espère guérir à temps avant le début prévu de son voyage, alors qu'il est tenu d'annuler sa réservation suite à un problème de santé

Au cours de l'exercice sous revue, dans le secteur des assurances voyages, nous avons traité plusieurs cas d'annulations de voyages pour lesquelles l'assureur avait réduit les prestations en raison de la non-observation de l'obligation de limiter les dommages après la survenance d'un cas d'assurance. Concrètement, il s'agissait de déterminer si l'assuré avait attendu trop longtemps pour annuler son voyage une fois survenu le motif couvert par l'assurance voyages (p. ex. suite à une maladie ou à un accident), si bien que les frais d'annulation se sont avérés plus élevés que s'il avait annulé son voyage sans attendre. Beaucoup d'assurés ignorent que, s'ils n'annulent pas un voyage dès qu'un motif d'annulation couvert par l'assurance survient parce qu'ils espèrent guérir à temps pour pouvoir partir en voyage à la date prévue, ce sera à leurs risques et périls (notamment si les frais d'annulation en découlant sont plus élevés), car ils n'auront pas observé l'obligation de limiter les dommages en vigueur dans le droit des assurances. Ceci est d'autant plus valable dans les cas où l'assuré n'a pas informé son assureur de son intention d'attendre avant d'annuler son voyage.

Secteur LAA et assurance militaire

Le nombre de demandes adressées à l'office de médiation concernant le secteur LAA (assurance militaire comprise) a diminué au cours de l'exercice sous revue, passant de 603 à 549, soit un recul de 9,1%. Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement au nombre de 464 (527), 49 (52) et 36 (24). Les demandes alémaniques ont baissé de 11,9%, celles de la Suisse romande de 5,7%, tandis que celles de la Suisse italienne ont augmenté de 50%. Comme les années précédentes, la majorité des cas proviennent de Suisse alémanique, avec 84,5% (87,4%). Les demandes de Suisse italienne représentent 15,5%.

Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
A Obligation d'affiliation	7	(12)	1	(1)	1	(0)
Début de l'affiliation	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Fin de l'affiliation	2	(5)	1	(0)	1	(0)
Conclusion du contrat	4	(24)	3	(0)	0	(1)
Primes	9	(16)	0	(0)	1	(1)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	22	(58)	5	(1)	3	(2)
B Prévention des accidents	5	(7)	0	(1)	0	(0)
Traitement médical	11	(26)	1	(2)	2	(1)
Remboursement des frais	79	(90)	4	(4)	1	(1)
Indemnités journalières	66	(87)	8	(5)	4	(2)
Rente invalidité	22	(16)	0	(0)	2	(1)
Indemnité atteinte à l'intégrité	7	(10)	1	(1)	1	(2)
Total	190	(236)	14	(13)	10	(7)
C Réduction / refus de prestation	156	(127)	20	(25)	4	(3)
Recours contre tiers responsable	0	(4)	0	(0)	0	(0)
Total	156	(131)	20	(25)	4	(3)
D Renseignements généraux / procédures	96	(102)	10	(13)	19	(12)
Total	**464**	**(527)**	**49**	**(52)**	**36**	**(24)**

Chiffres 2012 entre parenthèses

Sur les 549 dossiers traités, 502 ont été directement réglés avec les requérants. L'office est intervenu dans 47 cas. Le résultat a été positif dans 27 des 42 cas liquidés. Dans 12 cas, l'intervention s'est soldée par un échec et 3 autres dossiers ont été classés comme « neutres ». Les dossiers neutres sont par exemple ceux où l'assuré a fait appel à un avocat pendant notre activité, ou lorsqu'il s'agit uniquement de questions d'information.

Secteur LAA – expertise du médecin-conseil de l'assureur

Dans le secteur LAA, nous avons traité plusieurs cas où l'assureur LAA se basait sur le rapport d'un spécialiste médical interne à l'assurance pour nier la causalité de l'accident en question vis-à-vis des troubles survenus par la suite. Il s'agissait dans ces cas de déterminer si l'assurance était en droit de baser sa décision sur ce seul rapport médical. Sur ce point, force est de constater que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, on peut statuer sur les cas d'assurance sans recours à une expertise externe. L'appréciation des preuves doit toute-fois être soumise à des exigences strictes. Si un doute même minime subsiste quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations du médecin-conseil interne à l'assureur, il faut alors procéder à des vérifications supplémentaires (p. ex. sur la base d'objections concrètes différenciées émises par le médecin-spécialiste traitant).

Assurance militaire – avance de frais interdite exigée par un hôpital pour un traitement hospitalier – système SwissDRG

Le nombre de cas liés à l'assurance militaire reste toujours très bas. Au cours de l'exercice sous revue, seules 12 (6) demandes nous ont été soumises.

Un des cas que nous avons traités concernait le système SwissDRG, autrement dit le système de forfait par cas lié au diagnostic, récemment introduit en matière de santé publique. La conclusion des contrats tarifaires nécessaires dans le cadre du système SwissDRG 2013 s'est avérée difficile avec de nombreux hôpitaux. Bien que dans le secteur de l'assurance militaire, le « principe des prestations en nature » s'applique et que l'art. 15 OLAA, applicable par analogie, interdise aux établissements hospitaliers de demander au patient une avance pour le traitement en division commune, un hôpital a insisté pour qu'une personne couverte par l'assurance militaire s'acquitte d'une avance de CHF 6000.– pour le traitement stationnaire imminent (l'hôpital n'avait pas encore conclu le contrat SwissDRG proposé par l'assurance militaire). L'assurée a réglé ce montant afin de pouvoir recevoir le traitement urgent dont elle avait besoin. L'office de médiation n'intervenant pas dans les hôpitaux, nous l'avons fait auprès de l'assurance militaire. Nous l'avons priée de veiller à ce que l'avance soit remboursée à l'assurée concernée. L'assurance militaire (Suva) est aussitôt intervenue auprès de l'hôpital au comportement incorrect. Suite à cette démarche, l'hôpital a remboursé l'avance litigieuse à la requérante dans les sept jours suivant la réception de la plainte par l'office de médiation.

Secteur de la prévoyance professionnelle

Au cours de l'exercice sous revue, 102 (104) 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. Parmi ces demandes, 83 cas provenaient de Suisse alémanique, 14 de Suisse romande et 5 de Suisse italienne.

S'y sont ajoutées 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 en général aiguillées vers l'institution « LPP renseignements gratuits » ou vers leur assurance protection juridique privée.

Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
Conclusion du contrat	7	(3)	0	(0)	0	(0)
Etendue de la couverture	3	(2)	0	(0)	0	(0)
Réticence	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Rachat	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Règlement	4	(1)	0	(0)	0	(0)
Changement d'institution de prévoyance	3	(5)	0	(1)	0	(0)
Libre-passage	12	(11)	1	(1)	0	(1)
Anticipation des prestations	2	(8)	1	(0)	1	(0)
Saisie	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Impôts	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	10	(3)	0	(0)	0	(0)
Clause bénéficiaire	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Réductions / refus	22	(26)	4	(3)	1	(5)
Informations générales	8	(2)	4	(3)	1	(7)
Prescription	3	(2)	0	(1)	0	(0)
Retraite anticipée	1	(1)	1	(1)	0	(1)
Divorce	2	(5)	1	(0)	0	(1)
Salaire coordonné	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Procédure	0	(0)	2	(2)	0	(0)
Avocat	4	(4)	0	(0)	2	(0)
Total	**83**	**(77)**	**14**	**(12)**	**5**	**(15)**

Chiffres 2012 entre parenthèses

Dix cas ont donné lieu à des interventions. Sur les 7 cas clôturés, 5 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 notamment demandé beaucoup de temps lorsque les questions litigieuses de faits et de droit concernaient une rente invalidité.

Réserves pour raisons de santé dans la prévoyance professionnelle surobligatoire

Après leur entrée en service auprès d'un nouvel employeur, plusieurs assurés LPP ont contacté l'office de médiation pour se plaindre du fait que leur nouvel assureur LPP leur demandait de remplir une déclaration de santé. Nous avons dû informer les assurés concernés du fait que les réserves pour raisons de santé ne sont exclues que dans la prévoyance professionnelle obligatoire.

Selon la législation en vigueur, les assureurs LPP sont autorisés à émettre des réserves pour raisons de santé pour ce qui est des risques décès et invalidité, pour autant que ce soit prévu dans le règlement LPP déterminant. Ces réserves ne peuvent être émises que pour les risques décès et invalidité, ainsi que pour une durée maximale de cinq années. Cela dit, la prévoyance rachetée au moyen de la prestation de sortie apportée ne peut être réduite par une nouvelle réserve pour raisons de santé. Les conditions de la nouvelle institution de prévoyance sont applicables si elles sont plus favorables pour l'assuré. L'office de médiation ne peut donc pas contester le fait qu'en matière de prévoyance surobligatoire, un assureur LPP exige que l'assuré remplisse une déclaration de santé et qu'en présence d'un trouble de santé donné, il émette des réserves limitées pour une durée de cinq ans.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse romande

En rédigeant sa contribution au rapport annuel, Me Olivier Subilia, qui est à la tête du bureau décentralisé de Suisse romande, a constaté avec surprise qu'il avait eu moins de cas à traiter en comparaison avec l'année précédente. En effet, en 2013, seules 466 requêtes ont été adressées au bureau décentralisé de Suisse romande, alors qu'elles se chiffraient à 534 en 2012. Dans le secteur de l'assurance privée, où la diminution des cas à traiter a été la plus importante, les requêtes sont passées de 376 en 2012 à 317 pour l'exercice sous revue.

Ce n'est pas la quantité de cas traités qui a surpris Me Subilia, mais le fait que l'exercice sous revue s'est révélé particulièrement dense pour ses collaborateurs et lui-même. Ainsi, en dépit du recul des demandes traitées, le temps consacré au traitement des cas a été au moins aussi important que l'année précédente.

La diminution du nombre de cas touche certes tous les secteurs d'assurance, mais deux secteurs sont plus particulièrement concernés. Le premier est celui de l'assurance vie (46 interventions en 2013 contre 66 en 2012). Ce recul s'explique en partie par le fait que, parmi les requêtes déposées, il n'y avait qu'une proportion réduite de plaintes liées à des taux de rendement insuffisants de polices d'assurance qui avaient été conclues à des périodes plus fastes économiquement parlant. Au regard des produits liés à des fonds développés par les assureurs et des efforts de ces derniers afin de mieux informer leurs assurés, Me Subilia impute la diminution des cas à la meilleure lisibilité des polices d'assurances.

La branche de l'assurance protection juridique a elle aussi connu une diminution significative du nombre de cas soumis à l'office de médiation (31 en 2013 contre 56 en 2012). Me Subilia en ignore les raisons. Pour ce qui est du type de requêtes traitées, il n'a en tout cas pas remarqué de différences par rapport à l'exercice précédent.

Sans surprise, c'est le secteur des assurances d'indemnités journalières qui a constitué la part principale de l'activité de Me Subilia au cours de l'exercice sous revue : 67 cas au total, soit plus de 20% de l'ensemble des requêtes. Dans la plupart des cas, il s'agissait d'avis médicaux divergents. L'activité de médiateur de l'Ombudsman est souvent difficile dans ce genre de contexte, notamment parce qu'il faut mettre en parallèle les documents médicaux reçus par le requérant et ceux de l'assureur – tout en tenant parfois compte d'un dossier AI. Le traitement de ce type de cas particulièrement complexes exige souvent beaucoup de temps, étant donné que nous ne disposons pas de notre propre service médical et que nous ne sommes en mesure de juger de la validité des rapports que sur le plan juridique, et non d'un point de vue médical.

Les exemples suivants issus de l'exercice sous revue pourront mettre en évidence les problèmes auxquels le bureau décentralisé de Suisse romande a été confronté dans le cadre de son activité.

Recours à l'office de médiation d'une assurée ayant déjà réglé par elle-même les points litigieux avec son assureur

Parmi les dossiers les plus marquants ayant été remis au bureau décentralisé, nous citerons celui d'une requérante qui souhaitait exposer sa situation d'assurance des cinq dernières années au moyen de trente pages de documentation. Lors de l'examen du dossier, il s'est avéré que l'assureur s'était montré arrangeant sur l'ensemble des points incriminés. Indépendamment de ceci, la requérante tenait à critiquer l'attitude de l'assureur et voulait obtenir une confirmation attestant que ses revendications étaient justifiées. Même s'il doit être considéré comme quelque peu

atypique, cet exemple montre cependant les attentes erronées que les requérants ont parfois vis-à-vis de l'action de médiation de l'Ombudsman. Il arrive qu'ils ne recherchent pas du tout une médiation dans le cadre d'une divergence d'opinions ; ils attendent plutôt que l'Ombudsman les conforte dans leur position vis-à-vis des sociétés d'assurances et qu'il critique l'assureur sans pour autant chercher à améliorer la situation. Ce genre de dossiers constitue une charge de travail importante, car il faut toujours un certain temps pour réussir à distinguer les aspects juridiques propres à la divergence d'opinion de la frustration accumulée de l'assuré. Pour Me Subilia, il est absolument nécessaire que l'office de médiation investisse de l'énergie dans la recherche de solutions, au lieu de se contenter de qualifier l'attitude des parties de bonne ou mauvaise. L'office de médiation n'a pas une fonction d'autorité de surveillance habilitée à intervenir. Nous nous leurrerions sur notre tâche si nous nous mettions à faire des réprimandes à l'assureur.

Durée de la couverture dans l'assurance protection juridique

Un des dossiers les plus épineux concernait le secteur de l'assurance protection juridique. Il s'agissait d'un assuré qui, pour des raisons de santé, a fait appel aux prestations de son assurance accidents. L'assureur LAA a refusé toute obligation d'indemniser, arguant que les problèmes de santé étaient liés à un événement non assuré, car survenu en dehors de la durée de couverture. Afin de contester cette décision, le requérant s'est adressé à son assurance protection juridique, à laquelle il était affilié depuis trente ans. Celle-ci a refusé sa demande de protection juridique, arguant à son tour que le litige concernait un événement (accident) survenu il y a quarante ans, soit avant la conclusion du contrat. Malgré plusieurs interventions, l'office de médiation n'a pas réussi à convaincre l'assureur de modifier sa position sur ce problème.

Ce cas illustre parfaitement les difficultés des assurés auxquelles l'office de médiation est parfois confronté dans le secteur de l'assurance protection juridique, pour des questions liées à la durée de la couverture. Dans ce cas précis, le requérant a eu un accident dans les années 70, puis il a conclu une police d'assurance de protection juridique dans les années 80, avant d'avoir d'autres problèmes de santé dans les décennies suivantes ; or, il a été confronté à une application extrêmement stricte des conditions générales d'assurance / CGA. Ces dernières désignent l'accident initial comme le déclencheur (déterminant pour la durée de la couverture) du litige juridique, même si l'accident ne suscite des problèmes juridiques que 25 ans plus tard. Bien que les CGA puissent définir librement les exigences liées à la durée de la couverture, l'assureur a voulu se référer strictement à cette clause, qui a donné lieu à un résultat difficile à concevoir pour le requérant. Et ceci bien qu'il ait tenté de faire valoir auprès de son assureur LAA que ses troubles actuels étaient bel et bien liés à une affection nouvelle, survenue après la conclusion de l'assurance protection juridique.

Cela dit, de nombreuses interventions concernant des requérants venus de Suisse romande se sont soldées par un résultat positif. Le taux de succès a augmenté dans le secteur de l'assurance privée, passant de 60% en 2012 à 77% en 2013.

S'asseoir à une table et discuter : une solution qui peut s'avérer fructueuse même en cas de divergence d'opinion inextricable au premier abord

Enfin, pour la première fois depuis qu'il est à la tête du bureau décentralisé de Suisse romande, Me Subilia a mené des négociations entre deux parties au sein même du bureau décentralisé – et ceci d'entente avec le siège principal de l'office de médiation et l'assu-

rance. Il s'agissait d'un dommage lié à un vol, qui soulevait des questions compliquées. Il s'agissait entre autres d'établir la perte de chiffre d'affaires consécutive au sinistre et de dresser un inventaire sur la base d'une comptabilité peu éloquente. Les négociations se sont avérées fructueuses : en deux heures, les deux parties ont pu présenter leur points de vue respectifs, débattre de leurs divergences, comparer les différentes pièces justificatives, avant de finalement parvenir à un accord. Au moment de se quitter, les deux parties étaient toujours plongées dans une discussion des plus amicales. Il faut souligner que, lors de l'ouverture du dossier, ce cas s'était distingué par son potentiel conflictuel particulièrement élevé – en raison de questions de sensibilité personnelle.

En dépit de son côté extraordinaire, ce cas symbolise parfaitement l'activité de médiation de l'Ombudsman. Notre service permet à deux parties qui n'arrivent plus à se comprendre et qui réagissent de manière émotionnelle de trouver un nouvel espace de négociations, où un accord redevient possible.

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Pour ce qui est de l'activité du bureau décentralisé de Suisse italienne, son responsable Me Carlo Luigi Caimi considère l'exercice 2013 comme relativement stable, calme et surtout comme une année n'ayant pas présenté de changements significatifs.

Le nombre total de cas traités par le bureau décentralisé de Lugano au cours de l'exercice sous revue est resté à peu près constant : 319 requêtes en 2012, 304 en 2013. Cette baisse de 15 cas s'explique notamment par des affaires pour lesquelles l'office de médiation n'était pas compétent.

Le recul des cas dans le domaine de l'assurance privée (5 cas de moins, passant de 218 à 213) et le secteur LPP (10 cas de moins, passant de 15 à 5) s'est vu compensé par une augmentation des cas liés au secteur LAA (12 cas de plus, passant de 24 à 36). Au total, 15 (8) plaintes ont donné lieu à une intervention auprès de l'assureur impliqué. Dans deux cas sur trois, le résultat a été positif pour le requérant.

Dans le secteur de l'assurance privée, les requêtes concernant l'assurance responsabilité civile (RC auto : 30 ; RC générale : 28) caracolent en tête, suivies par les demandes liées à l'assurance indemnités journalières de maladie (39 cas). Les cas du secteur de l'assurance vie ont augmenté, passant de 17 à 34, tandis que ceux des assurances du bâtiment et de l'assurance ménage ont régressé, passant de 35 à 23.

Classées selon le type de problème soulevé, les questions liées à la prestation d'assurance et à la liquidation des sinistres sont majoritaires (78), suivies par des demandes liées à la conclusion d'un contrat (18), à l'étendue de la couverture (17), au conseil et au déroulement de la procédure (18) ainsi qu'aux informations générales (25).

Importance des faits prouvés en cas d'exposés des faits divergents des personnes impliquées dans un accident dans le secteur de l'assurance des véhicules automobiles

Les assurances pour véhicules automobiles ont donné lieu à 38 requêtes, dont 30 concernaient la RC auto et 8 la casco. Dans les cas d'accidents de la circulation, le

déroulement du sinistre s'est souvent révélé confus et les données fournies par les parties sur la collision étaient parfois diamétralement opposées. Il était alors difficile de faire comprendre aux personnes concernées, persuadées à 100% d'être dans leur droit, que la question de la faute et de la responsabilité dépend en fin de compte des preuves existantes, tout comme l'issue de la procédure initiée par l'office de médiation.

Litiges entre médecins dans le secteur des assurances collectives d'indemnités journalières

Aussi bien dans la branche des assurances collectives d'indemnités journalières que dans le secteur vie, le bureau décentralisé s'est vu remettre quelques plaintes liées à un litige entre médecins ayant évalué de manière divergente le degré effectif de l'incapacité de travail dans le cadre d'une expertise médicale. Etant donné qu'une intervention auprès de l'assureur était impossible dans ces cas-là pour des raisons juridiques, Me Caimi a malgré tout pu aider les personnes concernées à mieux comprendre le contenu de l'expertise et les raisons du refus de prestations.

Déception des assurés liée à la valeur de rachat de leur police d'assurance vie

Certains assurés se sont déclarés déçus par la valeur de rachat de leurs assurances vie, notamment dans les cas de résiliation anticipée de la police après une brève durée de contrat. Me Caimi a été obligé d'expliquer à ces assurés que, même en cas de brève durée de contrat, les primes de risque et les coûts administratifs restent à leur charge et qu'en cas de rachat, les frais d'acquisition doivent être complètement amortis, ce qui peut donner lieu à une perte considérable en cas de brève durée du contrat jusqu'à la résiliation de la police.

Problèmes de preuves avec l'assurance voyages après des voyages dans des pays lointains, impossibilité de se procurer a posteriori des rapports médicaux à l'étranger

Dans les branches de l'assurance vol et de l'assurance voyages, Me Caimi a eu le sentiment que les assureurs se sont montrés plus stricts par rapport à leurs exigences concernant la reconnaissance des pièces justificatives. Dans la pratique, il y a eu des cas problématiques après un vol, lorsque la personne concernée n'était en mesure de présenter que des photos des objets volés – et pas de preuves d'achat. Dans le secteur de l'assurance voyages, Me Caimi a dû s'occuper de quelques demandes établies par des assurés qui, de retour en Suisse d'un voyage dans un pays lointain, ne parvenaient pas à se procurer les documents exigés par leur assureur (rapports médicaux, etc.).

Assurance de protection juridique

Pour ce qui est du secteur de l'assurance de protection juridique, Me Caimi a dû cette année encore s'occuper de cas liés à la thématique récurrente de l'inutilité avancée par l'assureur d'autres mesures de protection juridiques. Dans ces cas, il a simplement pu examiner si l'inutilité avancée était suffisamment fondée et qu'elle se conformait aux exigences de l'art. 169 OS (Ordonnance sur la surveillance). Et ceci non seulement parce que la déclaration d'inutilité ne concernait pas une affaire de droit des assurances, mais aussi parce que l'office de médiation, par définition, n'est pas autorisé à lancer la procédure d'arbitrage prévue dans les cas de déclaration d'inutilité avancée par l'assureur.

Au cours de l'exercice sous revue, Me Caimi a constaté une fois encore que les assurés n'accordaient souvent qu'une attention insuffisante aux conditions générales d'assurance

(CGA). Bien que la plupart des assurés sachent que celles-ci font partie intégrante du contrat, ils ne lisent pas du tout les CGA. Certains assurés ont ainsi découvert une fois le dommage survenu qu'un événement qu'ils croyaient couvert n'était absolument pas assuré ou qu'il faisait l'objet d'une clause d'exclusion de couverture. Cela n'a pas manqué de provoquer un sentiment de frustration chez les clients, donnant lieu à des conflits avec les assurances. Me Caimi attache par conséquent une grande importance à la qualité de l'entretien avec l'assureur lors de la conclusion d'un contrat.

Couverture d'assurance LAA pour les frontaliers de l'UE employés à temps partiel

Dans le secteur LAA, les thèmes principaux sur lesquels le bureau décentralisé de Suisse italienne a pris position concernaient la réduction ou le refus des prestations, le traitement médical, les indemnités journalières, la rente invalidité, les procédures ainsi que les informations générales touchant au droit de l'assurance accidents. Une plainte a donné lieu à une intervention intéressante dont le sujet est particulièrement important pour le canton du Tessin, où les employés « frontaliers » sont de plus en plus nombreux. Il s'agissait de la question essentielle de la couverture LAA de personnes domiciliées en Italie (résidence située dans un pays de l'UE) qui travaillent en Suisse pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs (lieu de travail), selon l'art. 13, chiffre 1, du règlement UE n° 883/2004, applicable via l'accord mentionné dans l'art. 115a LAA. Si le lieu de travail d'un employé frontalier est exclusivement situé en Suisse (à temps complet ou partiel), il bénéficiera de la couverture accidents selon la LAA. En revanche, il n'y aura pas de couverture LAA si cet employé a à la fois un employeur en Suisse et un employeur dans un Etat de l'UE, comme c'est souvent le cas parmi les frontaliers italiens employés à temps partiel.

Secteur LPP

Pour ce qui touche au secteur LPP, Me Caimi a pu directement résoudre les cas qui lui ont été soumis avec les personnes concernées. Ces cas avaient notamment pour objet les prestations d'assurance et les clauses bénéficiaires.

Autres activités

En mars 2013, la Fondation a profité de l'occasion donnée par le Département fédéral des finances pour prendre position sur le rapport destiné à l'audition concernant le projet « LSF » (Loi sur les services financiers). La prise de position est en ligne sur notre site Internet www.ombudsman-assurance.ch (en allemand uniquement).

En juillet 2013, le Président du Conseil de Fondation et l'Ombudsman ont sollicité un entretien avec le Professeur Isaak Meier (Université de Zurich) et son assistant, David Siegwart, licencié en droit. L'objet de cet entretien visait un article publié par le Professeur Meier dans la PJA sur les offices de médiation ; d'après l'auteur, ils ne seraient pas suffisamment indépendants et serviraient avant tout les intérêts des compagnies d'assurances. Cet article a été repris dans les médias. Au cours de cet entretien qui s'est déroulé au siège de l'office de médiation, nous avons expliqué au Professeur Meier pour quelles raisons l'indépendance de notre fondation était garantie et de quelle manière l'Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva travaillait précisément. Par ailleurs, nous avons discuté des propositions du Professeur Meier et de David Siegwart en vue du développement du système de la médiation. Aux yeux du Président et de l'Ombudsman, cet échange mêlant théorie et pratique s'est révélé précieux et important.

Lors d'un échange entre l'Ombudsman et la surveillance de l'assurance vie de la FINMA, il a été question des compétences respectives et de thématiques concernant aussi bien la FINMA que l'Office de médiation. L'Ombudsman a par ailleurs rencontré le responsable de la Commission droit et compliance de l'Association suisse d'assurances (ASA), à qui il a expliqué comment continuer à optimiser, d'après sa propre expérience, l'évolution positive de ces dernières années concernant l'entretien et les conseils fournis sur le « point de vente » dans différents secteurs.

Outre quelques rencontres avec d'autres médiateurs, visant entre autres à échanger des connaissances spécifiques aux différents domaines et à coordonner des affaires en cours, l'Ombudsman a pu entretenir quelques contacts avec les médias (médias imprimés, en ligne, ainsi qu'émissions radio) au cours de l'exercice 2013.

A côté de ses contacts nationaux, l'Ombudsman a aussi eu l'occasion d'entretenir différents contacts internationaux, notamment en qualité d'observateur lors d'une réunion FIN-NET de l'Union européenne. Suite à un meeting de plusieurs jours à Zurich avec une délégation du Financial System Mediator arménien, qui a permis d'enrichir le savoir-faire du personnel des deux institutions sur le plan des mécanismes de résolution des conflits via des études de cas, l'Ombudsman a fait une conférence lors d'un congrès pour prestataires financiers en Arménie, où il a exposé notre activité et notre raison d'être : une alternative visant consensus et solution face aux procédures judiciaires très longues et conflictuelles.

A l'occasion de la Journée mondiale des droits des consommateurs, l'Ombudsman a participé à un symposium organisé par la Commission fédérale de consommation (CFC) à l'Université de Berne intitulé (in)formation du consommateur sur ses droits. Notre avocate Suzanne Schaad-Ritt a par ailleurs tenu un exposé devant l'Organisation suisse des patients, suivi d'un échange sur des questions liées aux assurances maladie et accident.

Enfin, l'Ombudsman accorde une grande importance à ses contacts directs avec les membres de la direction de différentes compagnies d'assurances, ainsi qu'à ses rencontres ou à ses entretiens annuels avec nos interlocuteurs dans les compagnies affiliées à notre Fondation. Ces rencontres sont réparties sur toute l'année et permettent de discuter de questions essentielles ne relevant pas des affaires courantes.

Etude sur la satisfaction de la clientèle

Au printemps 2013, les offices de médiation suisses ont subi les critiques de différents médias, qui leur reprochaient entre autres d'agir principalement dans l'intérêt de la branche impliquée et de ne pas suffisamment prendre en compte les intérêts des clients.

L'opinion de notre clientèle nous tient à cœur, et notre Fondation a donc décidé dans ce cadre de mener une étude représentative de satisfaction auprès de nos clients. L'Ombudsman a chargé GfK Switzerland SA, société spécialisée dans ce domaine, de réaliser cette étude. Et ceci, d'une part, pour déterminer dans quelle mesure nos clients sont satisfaits de la prestation fournie par l'Office de médiation de l'assurance privée et de la Suva, et, d'autre part, pour recueillir des informations fiables afin de savoir sur quels plans nous pouvons et nous devons nous améliorer du point de vue de nos clients, dont les intérêts sont au cœur de notre activité.

L'évaluation du sondage présente des différences marquantes de jugement parmi les trois catégories de clients.

Catégorie de client 1: Le cas n'était pas de la compétence du médiateur

Le fait qu'une demande ne relève pas de la compétence de l'Ombudsman a eu une influence négative sur l'opinion du client. Il est facile à concevoir que les personnes concernées se sont majoritairement déclarées insatisfaites du résultat. Cela dit, ces personnes n'étaient pas vraiment en mesure de s'exprimer sur la qualité du travail réalisé par l'office de médiation, vu que ce dernier n'a pas agi matériellement parlant. Cette catégorie de clients a malgré tout été prise en compte au cours du sondage afin d'obtenir l'éventail le plus complet possible de réactions.

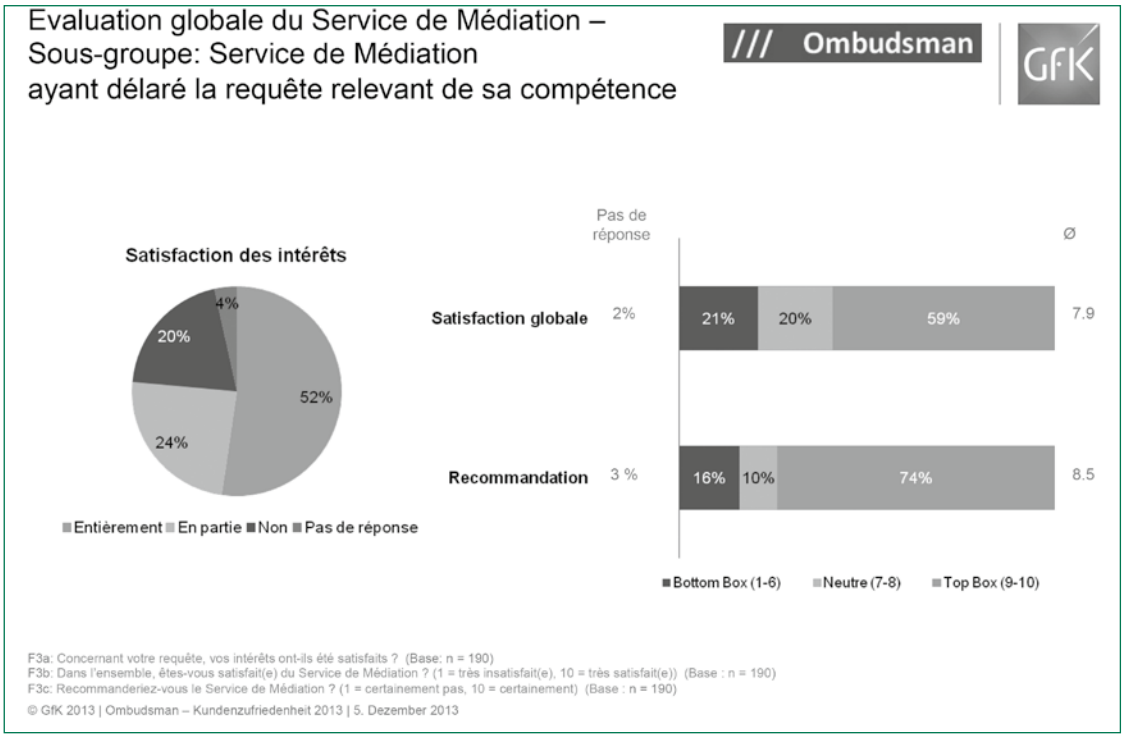
Catégorie de client 2: L'office de médiation s'est déclaré compétent, mais n'est pas intervenu auprès de l'assureur

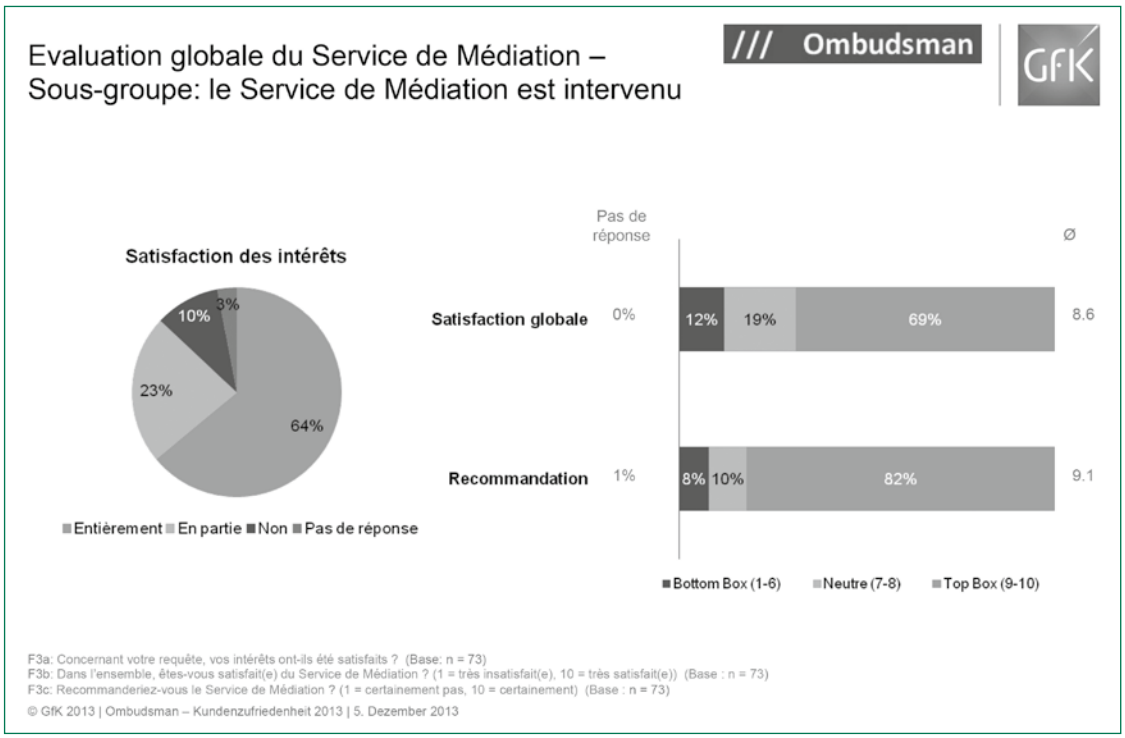
Le commentaire ci-dessus est également valable pour tous les cas relevant certes de la compétence du médiateur, mais pour lesquels, au vu du contexte juridique, il n'y avait aucune chance d'obtenir plus que ce que l'assurance proposait et l'on ne pouvait pas invoquer le cas de rigueur. Cette réponse juridiquement fondée, mais ressentie comme un élément négatif, a suscité du mécontentement, ce qui est compréhensible vu que la perception juridique subjective du client différait de celle du médiateur. Pour la catégorie de personnes dont le cas relevait de la compétence de l'Ombudsman, mais où il n'est pas intervenu en raison de la situation juridique ou parce qu'il n'y avait pas de cas de rigueur, les résultats étaient sensiblement meilleurs que dans la catégorie précédente, mais bien plus mauvais que dans les cas ayant suscité l'intervention du médiateur.

Catégorie de client 3: L'office de médiation s'est déclaré compétent et est intervenu

Ici, les trois quarts des clients ont donné la meilleure note pour ce qui est de l'amabilité. Seuls 4% d'entre eux étaient mécontents. Pour ce qui est des compétences, du professionnalisme, de la qualité de l'examen de la requête et de sa prise au sérieux, de la neutralité et de la serviabilité au cours du traitement du cas, 70 à 80% des sondés se sont déclarés satisfaits. Par contre, 10% des personnes interrogées se déclarent insatisfaites pour la totalité des aspects. Cette catégorie de clients pour laquelle le médiateur a pu intervenir est la plus apte à juger de la qualité du travail de l'office de médiation.

Toutes les catégories de clients ont émis des avis très tranchés ; autrement dit, la part de sondés qui sont restés neutres est relativement faible. La satisfaction globale remporte plus de suffrages que la satisfaction des attentes. Et la part de personnes se déclarant prêtes à recommander ce service de médiation est plus grande que celles qui se disent globalement satisfaites. Pour ce qui touche à l'évaluation de l'office de médiation selon le type de traitement du cas, les avis étaient très positifs et sensiblement meilleurs lorsque le médiateur traitait un cas via une intervention que quand un règlement direct par écrit était suffisant (sans intervention). Voir à ce propos les graphiques ci-après tirés de l'étude de satisfaction de la clientèle.





En résumé, les points suivants ont une influence positive sur les évaluations des clients :
– Le cas présenté relève de la compétence du médiateur.
– Dans les cas relevant de sa compétence, le médiateur prend contact avec l'assureur (intervention).
– Les attentes du client sont satisfaites.

Une constatation qui vaut aussi bien pour les différents aspects qui ont fait l'objet du sondage que pour le jugement global et la disposition du client à recommander le recours au médiateur.

D'après GfK, les résultats de cette étude sont bons. Il y aurait toutefois un potentiel d'amélioration sur deux points :
– exposer la situation juridique de manière plus compréhensible.
– accélérer le traitement des cas.

Pour plus de transparence, l'étude menée par GfK et ses résultats détaillés sont en ligne sur notre site Internet : www.ombudsman-assurance.ch.

Sur la base des résultats de cette étude, l'Ombudsman et les responsables des bureaux décentralisés de l'office de médiation vont examiner minutieusement quelles mesures doivent être prises pour exploiter pleinement le potentiel d'amélioration constaté par GfK.

Au nom du Conseil de Fondation, nous remercions les clients interrogés pour leur participation à ce sondage. Nous tenons également à remercier l'ensemble du personnel de l'office de médiation pour son engagement au quotidien au service des personnes ayant déposé une requête, ceci afin de trouver des solutions équitables aux divergences de vue avec les assureurs. Nous adressons aussi tous nos remerciements à nos interlocuteurs des assurances, qui ne cessent de privilégier le consensus et la recherche de solutions. C'est aussi grâce à eux que le système de médiation qui régit depuis plus de 40 ans l'Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva fonctionne bien, même en l'absence d'une régulation étatique, et peut être considéré comme une véritable alternative aux procédures juridiques conflictuelles.

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le Président

Rolf Schweiger

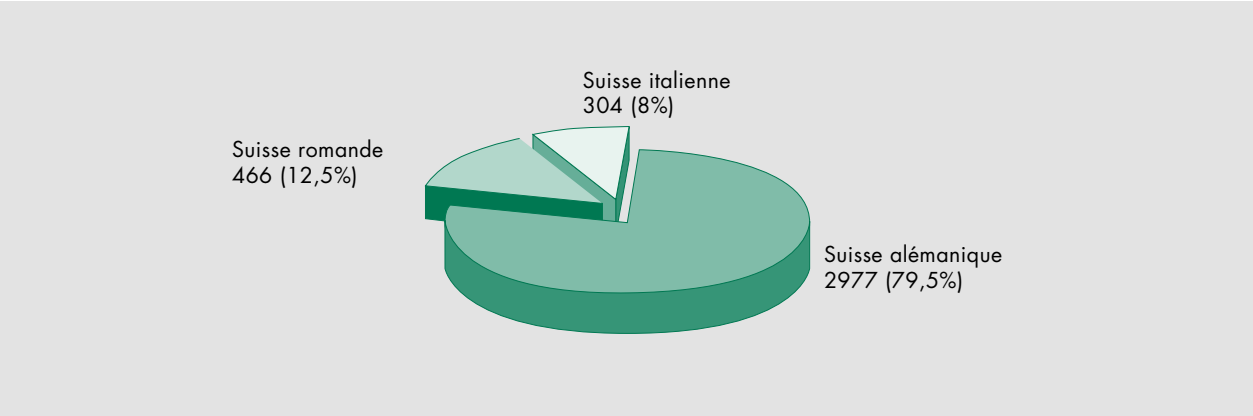
L'Ombudsman

Martin Lorenzon

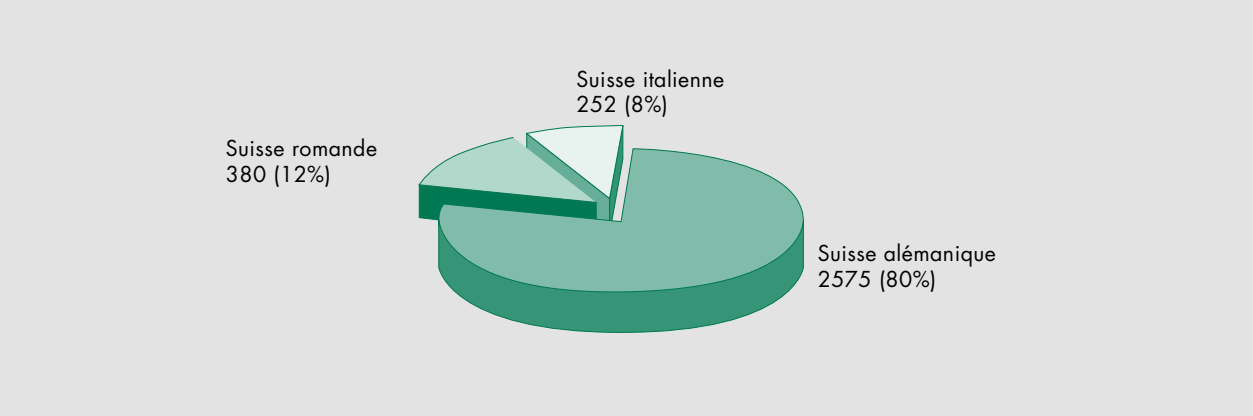
Zurich, mars 2014

Les statistiques 2013

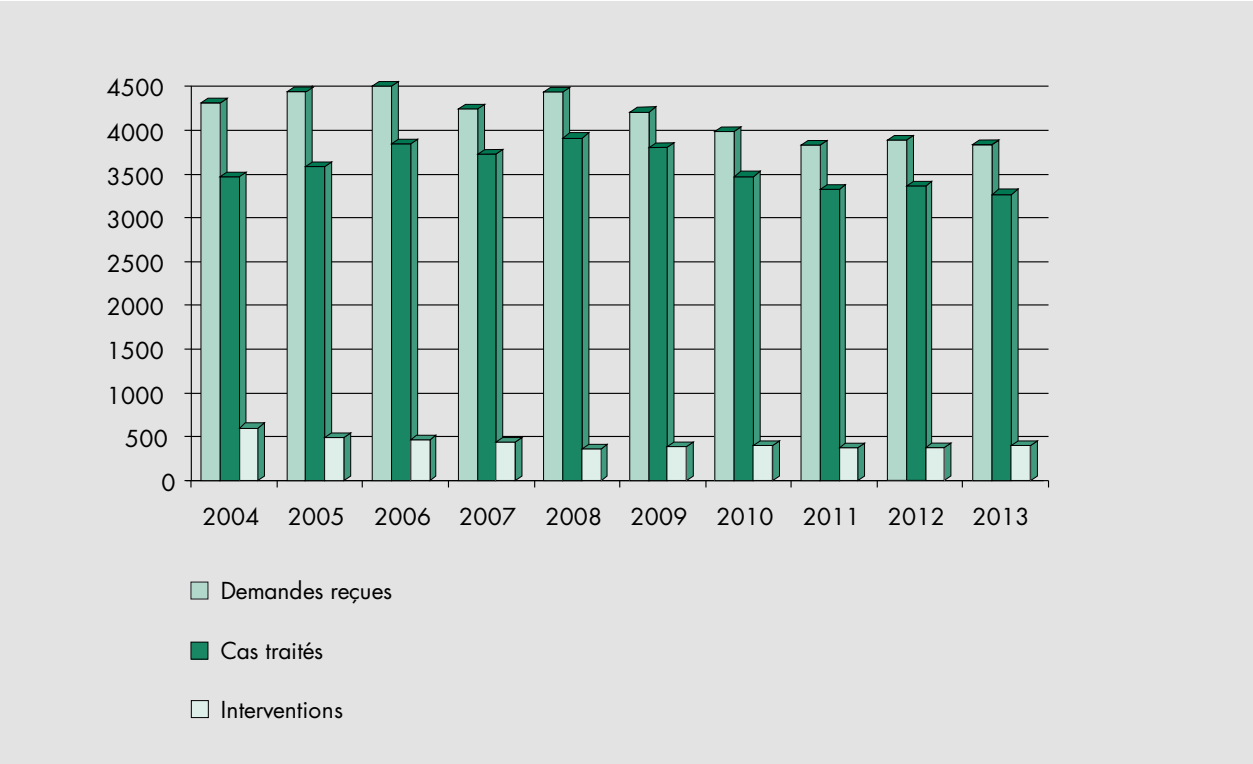
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2004 à 2013



Sociétés affiliées

ACE Assurances
AIG Europe
AIG Life
Alba (act. 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 Protection juridique SA
Assurances de la Fédération des médecins suisses
Assurance militaire SuvaCare
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 (act. AIG Europe)
Chubb
Coop Protection juridique
CSS Assurance SA (assurance-maladie exceptée)
DAS
Elvia Assurance Voyages (act. Allianz Global Assistance)
Emmental Assurance
Epona
Européenne Assurances Voyages SA
Fortuna Protection juridique
GAN
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 (act. 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
TCS Assurances SA (TCS exceptée)
TSM
UBS Life SA
UNIQA
VA Assurance des Médecins Suisses société coopérative
Vaudoise Générale
Vaudoise Vie
Visana Assurance SA (assurance-maladie exceptée)
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: 021 317 52 70
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.versicherungsombudsman.ch
www.ombudsman-assurance.ch
www.ombudsman-assicurazione.ch
www.insuranceombudsman.ch