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

Rapport annuel 2014

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Tâche de l'office de médiation

Dans le cadre du but de la Fondation, l'Office de médiation s'entremet de manière indépendante et neutre en cas de divergence d'opinion entre preneurs d'assurance, assurés, bénéficiaires et requérants d'une part et les sociétés d'assurances affiliées à la Fondation ainsi que la SUVA, y compris l'assurance-militaire que gère la SUVA, d'autre part dans le cadre d'affaires de droit des assurances.

Dans le cadre de sa compétence, l'Office de médiation examine les requêtes qui lui sont transmises, donne des renseignements et, si cela lui paraît approprié, intervient auprès de l'assureur concerné pour éclaircir une affaire concrète dont elle est saisie. Elle tente de trouver une issue amiable au litige.

Conseil de Fondation

Rolf Schweiger, ancien conseiller aux Etats, Baar, président
Fulvio Caccia, ancien conseiller national, Camorino, vice-président
Andrea Geissbühler, conseillère nationale, Bäriswil (à partir du 1 janvier 2015)
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 (jusqu'au 31 déc. 2014)
Silva Semadeni, conseillère nationale, Coire

Médiateur

Martin Lorenzon, avocat

Office de médiation Suisse alémanique

Nathalie Tuor, avocate
Stefanie Maag, avocate
Suzanne Schaad-Ritt, avocate
Adrian Bryner, avocat
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,

Au cours de l'exercice sous revue, une question m'a été posée à plusieurs reprises : dans combien de cas le travail de l'office de médiation en tant qu'intermédiaire neutre s'est-il soldé par un succès ?

Le taux de succès (65,9% en 2014), dont nous assurons le suivi statistique et que nous publions toujours en même temps que le rapport annuel, se réfère à la proportion d'interventions dans lesquelles notre prise de contact avec l'assureur a permis d'améliorer à l'amiable la situation du requérant.

Il serait toutefois faux de penser que notre activité n'est pas concluante lorsqu'elle n'aboutit pas à une intervention. Ainsi, un cas peut être qualifié de succès lorsque notre recommandation au requérant de demander lui-même une prise de position sur certaines questions avant de recourir contre une décision négative de l'assureur entraîne directement un arrangement de la part de l'assureur. De même lorsque nous arrivons à expliquer des situations complexes au requérant de manière plus claire que son assureur, et qu'il comprend par conséquent pourquoi il ne pourra rien obtenir de plus de sa part. Enfin, le succès est également au rendez-vous lorsque notre activité permet de restaurer la confiance vis-à-vis de l'assureur.

Une fois notre démarche achevée, les retours souvent positifs, parfois négatifs, des requérants nous indiquent si nous sommes sur la bonne voie. Nous apprécions donc tous les commentaires, qui nous aident à améliorer notre service dans l'intérêt des requérants.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Fondation
Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Résumé du rapport annuel 2014

Au cours de l'exercice sous revue, le nombre de demandes et de plaintes relevant du champ de compétence de l'office de médiation a légèrement augmenté, passant de 3207 à 3229 (+0,6%).

Dans 2831 cas, le problème a été réglé directement avec l'assuré ou le requérant, sans qu'il soit nécessaire de prendre contact avec l'assureur.

Sur 1441 demandes écrites soumises à l'office de médiation, 398 ont donné lieu à une intervention auprès des compagnies d'assurances concernées, soit un taux d'intervention de 27,6%. Parmi elles, 95% ont été réglées avant fin 2014. Le taux de réussite a atteint 65,9%. Autrement dit, dans deux cas sur trois, les interventions du médiateur auprès des assureurs ont permis d'améliorer la situation du requérant.

Comme les années précédentes, les plaintes complexes dans le secteur des assurances de personnes ont constitué la part la plus importante de notre activité, à savoir 50% des cas. La plupart de ces plaintes portaient sur des refus ou des suspensions de prestations de la part d'assurances d'indemnités journalières et accidents, appliqués suite à l'évaluation médicale de la situation, litigieuse même parmi les médecins.

Dans le secteur non-vie, c'est le nombre de demandes et de plaintes liées aux assurances voyages qui a augmenté le plus nettement (de 161 à 212). L'office de médiation a ainsi traité de nombreux cas de refus de prise en charge des frais d'annulation en lien avec des maladies chroniques préexistantes. Les cas relatifs à la protection juridique ont, eux aussi, subi une augmentation significative, passant de 239 à 304. Dans ce domaine, le médiateur a observé que les assurés se montraient de plus en plus exigeants. Il a également constaté une hausse au niveau des résiliations en cas de sinistre par l'assurance protection juridique, ainsi que sur le plan des plaintes liées à la procédure portant sur la déclaration d'inutilité avancée par l'assureur en cas de demande de mesures de protection juridique supplémentaires.

S'agissant des thèmes majeurs du secteur non-vie, toutes branches confondues, l'office de médiation a observé une hausse des demandes et plaintes relatives au devoir d'information de l'assuré et à la violation de celui-ci lors de la conclusion du contrat et après le sinistre, ainsi qu'à la violation du devoir d'information précontractuel qui incombe à l'assureur.

Dans le secteur vie individuelle, le recul observé les années précédentes s'est confirmé : le nombre de plaintes a pratiquement diminué de moitié au cours des cinq dernières années (de 648 à 326).

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2014
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
Interventions 5
– Taux d'interventions 6
– Interventions par branche / secteur 7
– Taux de succès lors des interventions 7

Collaboration avec les compagnies d'assurances 8

L'activité de l'office de médiation dans les diverses branches
Le secteur des assurances privées 9
– Secteur vie 9
– Secteur non-vie 10
Secteur LAA et assurance militaire 16
Secteur de la prévoyance professionnelle 18

Le bureau décentralisés
Bureau décentralisé de Suisse italienne 20
Bureau décentralisé de Suisse romande 23

Autres activités 26

Conseil de Fondation 27

Procédure de consultation sur la loi sur les Services Financiers (LSFin) 28

Les statistiques 2014
Statistique par régions : demandes reçues 29
Statistique par régions : cas traités 29
Activité de 2005 à 2014 29

Sociétés affiliées 30

Aperçu de l'exercice 2014

Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2014, le nombre de demandes soumises à l'office de médiation s'est élevé à 3766 (3747 en 2013).

Total des demandes				3766	(3747)
De notre compétence				3229	(3207)
Cas réglés directement	• par téléphone	1788	(1800)		
	• par écrit	1043	(1013)	2831	(2813)
Interventions				398	(394)

Chiffres 2013 entre parenthèses

La tendance à un léger recul du nombre de cas observée les années précédentes ne s'est pas confirmée. Par rapport à 2013, le nombre de cas relevant de notre compétence a augmenté, passant de 3207 à 3229 (+0,6%).

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

Branches	2014	2013
AVS	8	11
AC	6	2
AI	21	16
Caisses-maladie	284	289
Assurances cantonales	16	23
Compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger	21	20
Assureurs privés non affiliés à la fondation	31	31
Prévoyance en faveur du personnel (institutions LPP autonomes)	59	44
Divers	90	103
Assurance maternité	1	1
Total	**537**	**540**

La majorité des demandes sortant de notre domaine de compétence provenaient d'assurés qui nous contactaient dans le cadre d'une divergence d'opinion avec une caisse-maladie. Nous les avons aiguillés vers l'Office de médiation de l'assurance-maladie.

En matière d'assurances de personnes, 571 cas (522) concernaient les assurances indemnités journalières en cas de maladie, suivis de 556 cas (549) liés à l'assurance accidents obligatoire (y compris 28 (12) demandes relatives à l'assurance militaire de la Suva), 326 demandes (398) relatives à l'assurance vie, 105 cas (102) portant sur le secteur LPP et 52 cas (59) sur les assurances accidents privées.

Assurance accidents obligatoire et assurance militaire	571	(522)
Assurance indemnités journalières maladie	556	(549)
Assurance vie	326	(398)
Secteur LPP	105	(102)
Assurance accidents privée	52	(59)
Total	**1610**	**(1630)**

Chiffres 2013 entre parenthèses

Au cours de l'exercice sous revue, le volume et donc parfois la complexité des dossiers des plaintes dans le domaine des assurances de personnes (indépendamment du léger recul du nombre de cas, de 1630 à 1610) ont encore augmenté. Ce constat vaut en particulier pour les cas comportant des questions difficiles de causalité, avec des problèmes de santé existant déjà avant la survenance du cas d'assurance, et avec plusieurs assureurs impliqués.

Dans quelques cas complexes, le requérant n'avait pas besoin d'une médiation neutre, mais d'un suivi de son cas, afin de clarifier et de coordonner les prétentions existantes et futures vis-à-vis des différentes assurances sociales et privées concernées. L'office de médiation ne pouvant agir en qualité d'avocat du fait de sa fonction neutre, nous avons aiguillé les requérants en question vers leur assurance protection juridique ou vers un avocat.

En 2014, 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 augmenté, passant de 12,5% à 15,5%. Dans ces cas, le médiateur n'a pas pu agir. Une procédure administrative débute dès qu'une décision est rendue. Nous ne sommes alors plus en mesure d'exercer notre activité de médiation neutre.

Afin que nous puissions traiter les demandes d'assurés LAA qui recourent à nos services, il est important que ceux-ci, d'une part, informent par écrit l'assureur qu'ils ont fait appel à l'office de médiation et, d'autre part, le prient de bien vouloir attendre avant de rendre sa décision.

Demandes et plaintes ventilées par branches

Branche	**2014**	A	B	C	D	2013
Accidents (privé)	**52**	7	3	36	6	59
Animaux	**2**	0	0	1	1	8
Assurance voyages	**212**	24	7	163	18	161
Bâtiments / bris de glace	**75**	16	13	40	6	81
Bijoux	**3**	0	0	3	0	2
Casco	**148**	28	26	75	19	156
Cautionnement	**1**	0	0	1	0	1
Chômage	**1**	0	0	0	1	0
Dégâts d'eau	**63**	5	1	55	2	40
Garantie	**1**	0	1	0	0	3
Garantie de crédit	**19**	4	0	10	5	18
Incendie et éléments naturels	**23**	3	0	17	3	24
LAA	**556**	43	204	181	128	549
LPP	**105**	15	5	63	22	102
Machines	**0**	0	0	0	0	3
Maladie	**571**	96	74	309	92	522
Ménage	**146**	44	46	44	12	177
Protection juridique	**304**	58	29	172	45	239
RC véhicules automobiles	**263**	37	69	118	39	294
Responsabilité civile	**257**	33	18	174	32	276
Transport	**3**	0	0	0	3	4
Vie	**326**	118	24	126	58	398
Vol	**98**	6	6	82	4	90
Total	**3229**					**3207**

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) ; sousassurance ; 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

Au cours de l'exercice sous revue et au vu du nombre de cas concernant la protection juridique, qui sont passés de 239 à 304 (+27%), nous avons ajouté ce domaine à la liste des branches principales des cinq dernières années.

Branche	**2014**	2013	2012	2011	2010
Maladie	**571**	522	524	621	569
LAA	**556**	549	603	519	637
Vie	**326**	398	375	533	534
Protection juridique	**304**	239	318	203	245
RC auto	**263**	294	314	304	303
RC générale	**257**	276	329	332	304

Ventilation des demandes selon leur provenance

Ventilation selon le sexe ou autres critères

Se sont adressés à l'office de médiation en 2014 :

Hommes	2032	(1932)
Femmes	1531	(1536)
Entreprises, autorités et organisations	203	(279)

Chiffres 2013 entre parenthèses

Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2014	2013	Différence
Suisse alémanique	2979	2977	+ 2
Suisse romande	460	466	– 6
Suisse italienne	327	304	+ 23
Total	**3766**	**3747**	**+ 19**

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2014	2013	Différence
Suisse alémanique	2602	2575	+ 27
Suisse romande	362	380	– 18
Suisse italienne	265	252	+ 13
Total	**3229**	**3207**	**+ 22**

Interventions

Le nombre total d'interventions est passé de 394 à 398, 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.

	2014	2013	Différence
Suisse alémanique	334	328	+ 6
Suisse romande	50	52	– 2
Suisse italienne	14	14	+ 0
Total	**398***	**394**	**+ 4**

*Dont 378 (95%) liquidées à fin 2014.

L'office de médiation n'intervient pas uniquement lorsque, sur la base d'une plainte documentée, il considère que l'assurance a vraisemblablement refusé à tort, en tout cas partiellement, une prétention. Il le fait également lorsqu'il apparaît nécessaire d'examiner davantage les faits avant de pouvoir juger une revendication de manière définitive. Dans certains cas, le médiateur intervient également pour des raisons extérieures au droit (p. ex. dans des cas de rigueur), ou lorsqu'en l'espèce, la seule application du droit n'aboutirait pas à un résultat satisfaisant.

Pour chaque plainte, le médiateur doit se faire sa propre opinion neutre et indépendante, puis la communiquer aux parties impliquées dans la négociation. C'est pourquoi il intègre dans ses interventions des questions et des arguments portant sur des thèmes que le requérant n'avait pas lui-même amenés dans la discussion. Il s'agit souvent de problèmes que le requérant ne peut pas identifier lui-même, en raison de l'avance des assureurs sur leurs clients en termes de connaissances.

L'office de médiation contribue ainsi à réduire l'écart de connaissances parfois très important entre les assureurs et leurs clients. La possibilité de demander au médiateur une opinion neutre en connaissance de cause, un « deuxième avis », permet à l'assuré, dans son cas individuel, de dissiper d'éventuels doutes ou une méfiance infondée vis-à-vis de la compagnie d'assurances. Cette démarche est rendue possible par la fonction neutre de l'office de médiation, qui, lors de l'évaluation des plaintes qui lui sont soumises, tient compte des intérêts légitimes des deux parties, donc également de ceux de la compagnie d'assurances.

Taux d'intervention (sans les requêtes réglées par téléphone)

Le nombre de cas ayant nécessité plusieurs interventions a augmenté par rapport à l'exercice précédent, passant de 82 (20,8%) à 93 (23,3%).

Assurance privée	28,7%	(29,05%)
Assurance accidents obligatoire / LAA	20,9%	(24,2%)
Fondations collectives LPP	29,09%	(18,8%)

Chiffres 2013 entre parenthèses

Interventions par branche / secteur

Branche / secteur	sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total interv.
RC auto	220	31	9	3	0	43
Chômage	1	0	0	0	0	0
Ménage	126	17	2	1	0	20
Vol	85	9	3	1	0	13
Eléments naturels	13	2	1	0	0	3
Incendie	7	0	0	0	0	0
Casco	128	16	2	2	0	20
Bâtiments	63	6	1	0	0	7
Bris de glace	4	1	0	0	0	1
Garantie	1	0	0	0	0	0
Resp. civile	218	26	5	8	0	39
Maladie	537	25	9	0	0	34
Cautionnement	1	0	0	0	0	0
Garantie de crédit	14	3	2	0	0	5
Vie	274	40	8	4	0	52
Machines	0	0	0	0	0	0
Voyages	159	44	5	4	0	53
Protect. juridique	272	27	5	0	0	32
Bijoux	0	1	1	1	0	3
Transport	3	0	0	0	0	0
Animaux	2	0	0	0	0	0
Accidents (privé)	45	6	0	1	0	7
Dégâts d'eau	56	5	2	0	0	7
LAA	513	35	6	1	1	43
LPP	89	11	5	0	0	16
Total	**2831**	**305**	**66**	**26**	**1**	**398**

Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 378 interventions clôturées à fin 2014 a été positif dans 249 cas (65,9%) et négatif dans 116 cas (30,7%). Dans 13 cas (3,4%), le résultat a été enregistré comme neutre.

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.

La qualité de la collaboration s'explique notamment par le fait que le médiateur dispose d'un interlocuteur direct dans les différentes compagnies d'assurances pour l'ensemble des interventions. Dans la majorité des cas, les prises de position des compagnies étaient tout à fait valables et traduisaient un examen sérieux de nos interventions.

En Suisse, l'Ombudsman des assurances bénéficie dans la plupart des compagnies affiliées d'un interlocuteur direct au niveau de la direction. Il n'en va pas de même dans l'ensemble des offices de médiation étrangers, parfois réglementés par l'Etat, que nous connaissons dans le secteur des services financiers. Ces médiateurs ne disposent, au mieux, que d'un interlocuteur attitré au niveau du traitement des cas.

Notre système de l'interlocuteur direct contribue largement à ce que les plaintes soient réexaminées « avec un regard nouveau », y compris de la part des assureurs, et que des décideurs bénéficiant des compétences requises s'occupent des cas. Cet aspect fait que parfois, la portée de l'intervention de l'office de médiation dépasse largement le cadre du cas individuel. Elle peut par exemple aboutir à une formulation plus claire des conditions générales (CG) ou à une amélioration des processus internes de l'assureur. C'était à nouveau le cas en 2014.

Le médiateur adresse ses félicitations aux compagnies affiliées à notre Fondation quant à la durée de traitement des interventions. Par rapport aux exercices précédents, cette durée a encore diminué. Ainsi, 95% des cas où l'office de médiation est intervenu en 2014 ont pu être liquidés (souvent avec un résultat positif à la clé) avant la fin de l'année.

La collaboration ne s'est révélée insatisfaisante que dans quelques interventions où les assureurs concernés ne sont pas suffisamment entrés en matière sur les arguments du médiateur, ou lorsque les prises de position étaient trop générales. Dans ces cas, le médiateur a été obligé d'intervenir à nouveau auprès de l'assureur.

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

Le secteur des assurances privées

Secteur vie

Au cours de l'exercice 2014, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a fortement reculé, passant de 398 à 326 (-18%). Depuis 2009, les cas ont presque diminué de moitié (de 648 à 326).

Ce repli a principalement concerné les demandes et les plaintes liées aux éléments suivants :

a) Réduction des participations annuelles aux excédents attribuées sur le capital-épargne. Ces participations constituent un rendement supplémentaire non garanti s'ajoutant à la rémunération technique garantie pendant toute la durée de la police. La possibilité d'accorder des participations aux excédents dépend en particulier du résultat annuel de l'assureur concerné en lien avec un produit donné.
b) Calcul de la valeur de rachat en cas de résiliation anticipée de la police.
c) Manque d'informations lors de la conclusion d'une police liée à un fonds sans prestation garantie en cas de vie.

Polices liées à un fonds : malentendus à propos du cours plafond garanti

Quelques plaintes portaient sur la question de savoir si, lors de la conclusion d'une police d'assurance vie liée à un fonds avec prime unique, les conseils de l'assureur relatifs au cours plafond garanti étaient erronés. La garantie du cours plafond assurait le cours le plus élevé pendant la durée contractuelle des parts de fonds choisies par l'assuré à la conclusion de la police (sur une palette de fonds définie par l'assureur).

Les requérants en ont déduit la garantie que même en cas d'évolution défavorable de la Bourse, ils ne subiraient en aucun cas une perte, la prime unique (avec ou sans droit de timbre) étant toujours garantie.

Après avoir examiné ces cas, l'office de médiation a dû informer les requérants que la garantie du cours plafond assure, certes, le versement du prix des parts le plus élevé atteint pendant la durée du fonds, mais uniquement si la police se poursuit jusqu'à l'échéance convenue. Une garantie qui assurerait, à l'échéance de la police, de recevoir un montant au moins égal aux primes payées même en cas d'évolution boursière défavorable n'est toutefois pas prévue. Le prospectus de vente, et en particulier ses conditions générales, indiquent en revanche expressément que pendant la durée de l'assurance, les coûts encourus et les primes de risque (pour la gestion courante et le risque de décès) sont financées par la cession de parts du fonds.

Dans l'un de ces cas, où la valeur du fonds de placement s'était dégradée jusqu'à l'échéance de la police, l'office de médiation a tout de même pu obtenir un arrangement auprès de l'assureur. Et ceci parce que l'assureur s'était engagé lui-même par écrit vis-à-vis de l'assuré en faveur d'un versement minimal garanti pendant la durée de la police, ce qui avait considérablement influé sur la décision de l'assuré de conserver la police jusqu'à son échéance.

Réticence : plusieurs cas de résiliations de contrat par l'assureur suite à un examen insuffisant des faits

Certaines requêtes dans le secteur vie portaient sur la violation du devoir d'information avancée par l'assureur en vertu de l'art. 4 LCA lors de la conclusion de l'assurance complémentaire pour incapacité de gain.

Pour l'une des plaintes soumises, l'office de médiation a examiné si l'assureur avait fait valoir à raison que l'assuré, à la conclusion d'une police dix-sept ans auparavant, avait

répondu par la négative, et donc de manière erronée, à la question formulée dans la proposition : « Etes-vous sous traitement ou contrôle médical ? ».

La compagnie d'assurances basait sa dénonciation du contrat et, partant, son refus de verser des prestations pour incapacité de gain pour cause de réticence, essentiellement sur un rapport de l'ancien pédiatre de l'assurée à l'attention de l'assurance invalidité. Ce rapport indiquait notamment qu'en raison d'un trouble du développement chez la patiente au cours de la période considérée, des mesures thérapeutiques de pédagogie curative avaient été réalisées, de même que des examens en milieu hospitalier.

A l'examen du dossier de la requérante, le médiateur a constaté que les examens, traitements et soutiens dans les domaines logopédique, physiothérapeutique, psychomoteur et neuropsychologique réalisés pour certains dans des hôpitaux n'avaient pas été réalisés par des médecins. En outre, au moment de la conclusion de la police, la requérante n'était plus du tout traitée par le médecin qui avait rédigé le rapport sur lequel l'assureur s'appuyait. L'office de médiation est donc intervenu contre la résiliation du contrat consécutive à un examen insuffisant des faits. L'assureur s'est alors distancié de son accusation de réticence, puis a remis la police en vigueur.

Secteur non-vie

Assurances choses

Dans le secteur des assurances choses, les demandes et les plaintes portant sur la couverture d'assurance, la justification et le montant de prestations d'assurances étaient au premier plan, suivies de demandes relatives à des résiliations de contrats.

Transparence de rigueur pour les assurances ménage indexées

Différentes requêtes concernaient des assurances ménage basées sur un indice. En dépit d'une demande en ce sens des assurés, les conseillers compétents des compagnies d'assurances n'avaient pas informé ceux-ci des bases de l'indice de l'inventaire du ménage. Le médiateur estime qu'il incombe à l'assureur de garantir la transparence de rigueur. Il est donc intervenu auprès de la compagnie d'assurances afin qu'elle offre ladite transparence lors des demandes correspondantes de ses clients. L'assureur a alors fourni les renseignements demandés.

Si une assurance ménage est couplée à l'indice de l'inventaire du ménage, toute modification de cet indice entraîne une adaptation automatique de la somme assurée et de la prime. Cette adaptation basée sur un indice vise à éviter les sousassurances ou surassurances en cas de changements du niveau des prix des objets de l'inventaire. C'est l'Association Suisse d'Assurance (ASA) qui calcule chaque année l'indice de l'inventaire du ménage et son évolution à l'attention de ses membres. Il repose sur les chiffres de l'indice suisse des prix à la consommation établi par l'Office fédéral de la statistique. Au total, neuf groupes de marchandises de l'indice suisse des prix à la consommation sont pris en compte et pondérés dans l'indice de l'inventaire du ménage. Ces neuf groupes sont généralement assurés dans le cadre d'une assurance ménage : appareils ménagers, draps de lit et articles textiles ménagers, revêtement de sol et tapis, rideaux et éléments de rideaux, habillement et chaussures, vaisselle et couverts, téléviseurs et appareils audio-vidéos, équipement photographique, cinématographique et instruments d'optique. L'indice de l'inventaire du ménage ne prend en compte que le renchérissement. Si la

personne assurée achète des objets supplémentaires ou plus chers que jusqu'à présent, elle a tout intérêt à vérifier régulièrement la somme d'assurance, même avec une prime indexée.

Assurance dégâts d'eau : pas de couverture pour les dommages à l'enveloppe du bâtiment

Certaines plaintes liées à des assurances bâtiment privées portaient sur l'étendue de la couverture pour des dégâts causés par de l'eau de pluie sur la façade et à l'intérieur du bâtiment suite à un écoulement à travers la façade. L'office de médiation a dû informer les requérants que d'un point de vue juridique, ces refus de couverture ne pouvaient pas être contestés.

L'étendue générale de la couverture d'une assurance dégâts d'eau bâtiment ne comprend pas les dégâts à l'enveloppe du bâtiment provoqués par l'eau de pluie, la neige et l'eau de fonte. Par conséquent, l'assurance dégâts d'eau bâtiment ne couvre pas les dégâts à la façade, plus précisément aux murs extérieurs, isolation comprise, et au toit (à la structure porteuse, au revêtement du toit et à l'isolation). En revanche, elle couvre les dégâts causés par l'eau de pluie à l'intérieur du bâtiment, pour autant que l'eau ait pénétré dans le bâtiment par le toit, les chéneaux ou les tuyaux d'écoulement extérieurs. Il n'y a toutefois pas de couverture d'assurance si les dégâts sont imputables à un défaut de construction ou à un manque d'entretien du bâtiment (p. ex. en cas de chéneau ou tuyau d'écoulement d'eau bouché). En principe, l'entretien du bâtiment n'est pas assurable. Seuls les événements futurs incertains le sont.

Assurances responsabilité civile : exigences liées à la sécurité d'ascenseurs dans des homes pour personnes âgées

Dans le secteur de l'assurance responsabilité civile privée, l'office de médiation a traité plusieurs cas de divergences d'opinion entre lésés et assureurs RC relatifs à la responsabilité du propriétaire d'ouvrage au sens de l'art. 58 du Code des obligations. Un cas concernait une personne victime d'un accident lors d'une visite dans un home pour personnes âgées : elle est tombée en faisant un pas en arrière pour sortir de l'ascenseur qu'elle venait d'utiliser. Une panne d'ascenseur avait fait qu'à tous les étages, il y avait à l'ouverture de l'ascenseur une différence de 20 cm entre le sol des étages et celui de l'ascenseur, plus bas suite à la panne.

L'assureur RC du propriétaire de l'ouvrage, qui a coordonné le traitement du sinistre avec l'assurance RC d'entreprise de la société d'ascenseurs tout en représentant celle-ci vis-à-vis de la personne accidentée, a refusé de prendre en charge la part du dommage non couverte par l'assurance accidents. Dans sa justification, l'assureur a avancé que, selon lui, l'affiche « Attention à la marche » apposée suite à la panne d'ascenseur à chaque étage sur les faces extérieures de l'ascenseur constituait une mesure de précaution suffisante de la part du home et de la société d'ascenseurs. Il a ajouté qu'il y avait lieu de considérer que l'utilisatrice de l'ascenseur avait commis une faute importante en quittant l'ascenseur à reculons et sans regarder vers l'arrière.

Ne partageant pas ce point de vue, l'office de médiation est intervenu auprès de l'assureur. Il lui a fait remarquer qu'il ne peut être attendu d'une personne utilisant un ascenseur qu'elle s'attende naturellement à devoir franchir une « marche » en sortant de l'ascenseur à un autre étage. De surcroît, il s'agit en l'occurrence d'un home pour personnes âgées, c'est-à-dire d'une installation à forte fréquentation, d'où l'importance de tenir tout particulièrement compte des exigences de sécurité accrues du Tribunal fédéral pour les bâtiments publics et les bâtiments ouverts au public. A fortiori parce que les résidents des homes sont très âgés, et leurs visiteurs eux-mêmes des personnes âgées. Ces personnes présentent un risque de chute nettement plus

élevé, ce qui doit être pris en compte au niveau des exigences de sécurité. A cela s'ajoute le fait que le danger concret émanant de l'ascenseur et donc la survenance du sinistre auraient pu être évités par des moyens très simples (arrêt / blocage de l'ascenseur ou utilisation de l'ascenseur uniquement sous la surveillance d'un collaborateur du home ou de la société de réparation). Etant donné que l'on pouvait considérer que la faute de la requérante n'était que minime, seule une légère diminution de la prétention en dommages-intérêts se justifiait. Par conséquent, le médiateur a soumis un accord aux parties, qui l'ont accepté.

Assurances véhicules automobiles

Comme les années précédentes, la majorité des plaintes liées aux assurances véhicules automobiles concernaient des questions inhérentes aux preuves du déroulement du sinistre après des collisions entre véhicules, et à l'appréciation de la faute et de la responsabilité par l'assureur adverse. Certaines demandes portaient également sur des problèmes en lien avec la conclusion du contrat, un retard dans le paiement des primes et ses conséquences, ou encore des plaintes liées à la procédure en raison d'une durée de traitement trop longue.

Troisième paquet de mesures Via sicura : peu de demandes concernant les conséquences sur les contrats d'assurances existants

Le troisième paquet de mesures Via sicura entré en vigueur le 1er janvier 2015, qui prévoit entre autres l'obligation pour les assureurs RC des véhicules automobiles de recourir contre le conducteur qui a commis des dommages en état d'ébriété ou dans l'incapacité de conduire, ou résultant d'un délit de chauffard, n'a occasionné que quelques demandes à l'office de médiation.

Dans un cas, l'office de médiation a dû demander à l'assureur une prise de position sur la question de savoir s'il ne devait pas réduire la prime du requérant en raison de la modification de la législation. Le requérant faisait valoir une restriction de la couverture pour faute grave. Dans sa prise de position, l'assureur a fait remarquer que les modifications apportées par le législateur à la loi sur la circulation routière n'entraînent pas de restrictions majeures de la couverture pour faute grave. Il a précisé que ces restrictions correspondaient dans une large mesure au contrat existant et aux pratiques d'assurance qu'il appliquait déjà. Par conséquent, selon lui, une réduction des primes ne se justifiait pas. En l'espèce, l'office de médiation, après un examen approfondi, n'a pas pu contester cette position. Reste que l'assureur, sur recommandation du médiateur, a accordé au requérant un droit de résiliation extraordinaire au cas où il souhaiterait dénoncer le contrat.

Conditions requises pour la pertinence de questions de la proposition ne portant pas sur des faits, mais sur des faits auxiliaires

Dans le domaine des assurances véhicules à moteur, différentes plaintes concernaient des résiliations par l'assureur en vertu de l'art. 6 LCA pour cause de réticence lors de la conclusion du contrat. Pour l'un de ces cas, nous avons examiné si la réponse par la négative, et donc erronée, à la question de la proposition « 2. Une assurance véhicules à moteur a-t-elle été refusée ou résiliée au cours des cinq dernières années ? » constituait effectivement une réticence au sens de l'art. 4 LCA, justifiant pour l'assureur une résiliation du contrat en vertu de l'art. 6 LCA.

L'office de médiation a conclu que cette réponse erronée à la question de la proposition ne constituait pas une réticence : la violation du devoir d'information précontractuel présuppose qu'une question de la proposition se rapporte à un fait important pour l'appréciation du risque à assurer, objectivement susceptible d'influencer la décision de l'assureur de conclure le contrat, tout du moins aux conditions convenues. Autre

condition, la loi exige une réponse inexacte ou incomplète à la question de la proposition posée par écrit.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, les indices ou faits auxiliaires qui permettent de tirer des conclusions sur l'existence d'un fait sont également considérés comme faits au sens de l'art. 4 LCA. Le médiateur estime toutefois qu'à part les faits proprement dits, l'art. 4 LCA ne peut inclure comme faits auxiliaires que ceux qui ne sont pas exclusivement imputables à un tiers, et qui, en même temps, permettent de tirer des conclusions sur un risque (d'assurance) concret.

Ainsi, une question de la proposition relative à des problèmes de santé symptomatiques, dont l'existence permet de déduire l'impact d'un risque (maladie) du requérant, remplit cette condition. Autre exemple, la question de la proposition concernant des retraits de permis, qui fournit des indications sur le défaut de permis de conduire du requérant sur la base de faits constatés par une autorité inhérents au risque (style de conduite) ou au danger (incapacité de conduire).

La question de la proposition à évaluer relative au refus ou à la résiliation de contrats d'assurance par un assureur concurrent portait en revanche uniquement sur des faits exclusivement imputables à un tiers.

L'appréciation de faits (inconnus) par un autre assureur ne suffit pas pour tirer des conclusions sur des faits concrets ni, par conséquent, sur des faits concrets imputables au requérant. Cela n'aurait été le cas que si l'assureur avait complété la question de la proposition relative au refus ou à la résiliation de contrats par la question suivante : « Si oui : pour quelles raisons ? ». En l'occurrence, il ne l'avait pas fait.

Le médiateur est donc intervenu auprès de l'assureur. Ne partageant pas ce point de vue, l'assureur a fait valoir qu'en raison de la fausse déclaration à la question n° 2, il n'avait pas pu apprécier objectivement le risque. Et d'ajouter que pour un assureur, il est crucial de savoir si la personne a déjà eu des difficultés avec l'assureur précédent. L'office de médiation s'est montré compréhensif face à cette objection. Quoi qu'il en soit, le médiateur ne peut ignorer la législation en vigueur dans l'appréciation de la situation juridique. Les objections de la compagnie d'assurances concernant notre appréciation de la situation juridique n'ont donc rien changé. Après de nouvelles négociations, et en dépit de divergences d'interprétation du droit, l'assureur s'est dit prêt à conclure un arrangement.

Indemnités journalières

Dans le secteur des assurances d'indemnités journalières, le nombre de demandes et de plaintes a augmenté, passant de 522 à 571. Comme les années précédentes, une grande partie des cas soumis étaient liés à des divergences d'appréciation de l'incapacité de travailler et du recouvrement de l'entière capacité de travail entre les médecins traitants et les médecins-conseils des assureurs. Pour ces cas, il s'est agi à plusieurs reprises de savoir si la personne assurée s'était vu accorder suffisamment de temps pour se préparer à reprendre le travail (dans son activité habituelle ou une autre activité adaptée au handicap pouvant raisonnablement être exigée d'elle).

Dans la majorité des interventions où le médiateur a recommandé à l'assureur des clarifications ou des expertises supplémentaires, et estimé que le temps d'adaptation accordé pour commencer une autre activité adaptée au handicap et acceptable était trop court, une solution à l'amiable a été trouvée.

Assurances voyages : nette augmentation des refus de couverture en lien avec des maladies chroniques préexistantes

Au cours de l'exercice sous revue, le secteur des assurances voyages a enregistré une

nette augmentation des refus de couverture et de prestations liés à des maladies chroniques pré-existantes. Dans les plaintes concernées, le litige portait généralement sur la question de savoir si une dégradation aiguë et imprévisible (justifiant la prestation d'assurance) de maux chroniques était survenue après la réservation du voyage, et si les personnes assurées avaient annulé le voyage en temps utile. Le traitement de ces cas s'est avéré souvent très complexe et long.

Thème récurrent : violation du devoir d'information au sens de l'art. 3 LCA lors de la vente d'assurances voyages par des agences de voyages

L'un des thèmes récurrents de l'activité de l'office de médiation est celui des plaintes liées à la violation du devoir d'information au sens de l'art. 3 LCA lors de la conclusion d'assurances voyages dans des agences de voyages. Dans l'un de ces cas, le requérant, lors de la réservation de son séjour, avait également conclu l'assurance voyage proposée par l'agence de voyages. Dix mois plus tard, l'assureur voyage lui a envoyé une facture de la prime pour l'année d'assurance suivant l'assurance annuelle conclue. Le requérant a alors demandé la résiliation de la police, parce qu'à l'agence de voyages, il ne voulait conclure qu'une assurance pour ses vacances, et non une assurance annuelle. L'assureur l'a refusée au motif du délai de résiliation contractuel de trois mois déjà échu, ajoutant que sur la base des conditions en vigueur, le contrat avait été reconduit tacitement d'une année. Pas d'accord avec cet argument, le requérant a fait valoir qu'il n'avait pas été informé que l'assurance en question était annuelle. Dans le même temps, il a résilié le contrat d'assurance, en s'appuyant sur l'art. 3a LCA, pour cause de violation du devoir d'information précontractuel. L'assureur a toutefois également refusé cette résiliation.

Après avoir examiné le dossier, l'office de médiation est intervenu auprès de l'assureur. Il lui a fait remarquer que les informations précontractuelles au sens de l'art. 3, al.1, let. d LCA concernant la durée de la couverture font partie des points essentiels de tout contrat d'assurance. Le médiateur a précisé qu'en cas de violation de ce devoir d'information, le preneur d'assurance est en droit de résilier le contrat en vertu de l'art. 3a LCA. Et d'ajouter que c'était le cas en l'occurrence, parce que la facture de l'agence de voyages pour l'assurance voyage ne mentionnait que la date du début du séjour réservé et que, de ce fait, le requérant pouvait partir du principe que seul le voyage en question était assuré. En outre, des informations contraires n'étaient pas attestées. Selon le médiateur, le fait qu'une police pour une assurance annuelle ait ensuite été envoyée à l'assuré, que celui-ci n'a pas demandé de corriger faute d'en avoir pris connaissance, ne pallie pas la violation du devoir d'information. L'assureur a par conséquent accepté la résiliation du contrat demandée par le requérant.

Assurance protection juridique

Le nombre de divergences d'opinion soumises à l'office de médiation dans la branche de l'assurance protection juridique est passé de 239 à 304.

Les plaintes reçues concernaient essentiellement la couverture et la durée de traitement parfois trop longue de cas de protection juridique. En 2014, ce sont en particulier les plaintes relatives à l'inutilité avancée par l'assureur d'autres mesures de protection juridique qui ont augmenté. Certains assurés sont partis du principe que le médiateur pourrait endosser le rôle d'arbitre. Ce n'est pas le cas, car le médiateur n'a pas de compétences décisionnelles. En outre, l'office de médiation ne peut pas s'immiscer dans des procédures judiciaires et arbitrales : il analyse les chances de succès du litige en question, qui vise de toute façon des tiers et ne relève le plus souvent pas du droit des assurances.

Déclaration d'inutilité : hausse des plaintes liées à la procédure

En cas de plaintes de ce type, l'office de médiation examine le déroulement de la procédure du côté de l'assureur par rapport à sa déclaration d'inutilité d'autres mesures de protection juridique. Dans ce domaine, nous avons dû intervenir à plusieurs reprises, parce que les déclarations d'inutilité avancées ne répondaient pas aux exigences de l'art. 169 OS (Ordonnance sur la surveillance).

Il s'agissait de cas où l'assureur

- n'a pas attiré l'attention sur la possibilité d'engager une procédure arbitrale.
- n'a rédigé la déclaration d'inutilité que par courriel, au lieu de la forme écrite prévue par l'art. 169 OS.
- dans sa déclaration d'inutilité, a uniquement fait référence au courrier d'un avocat externe, dans lequel ce dernier déclarait inutiles des mesures de protection juridique supplémentaires, au lieu de se faire sa propre opinion et de la justifier lui-même.

Toutes les interventions de l'office de médiation concernant des procédures vouées à l'échec ont abouti à un geste de la part des assureurs. Ils ont à tout le moins accordé une garantie de prise en charge, dans un premier temps limitée, des frais d'un avocat externe pour l'analyse des étapes suivantes et l'introduction des prochaines mesures de protection juridique.

Le secteur LAA et l'assurance militaire

Au cours de l'exercice sous revue, 556 demandes concernant le secteur LAA et l'assurance militaire ont été adressées à l'office de médiation, soit 1% de plus qu'en 2013 (549). Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement de 467 (464), 45 (49) et 44 (36). En 2014 également, la majorité des cas provenaient de Suisse alémanique (84%). Les demandes de Suisse latine représentaient 16%.

Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
A Obligation d'affiliation	11	(7)	1	(1)	0	(1)
Début de l'affiliation	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Fin de l'affiliation	4	(2)	2	(1)	0	(1)
Conclusion du contrat	11	(4)	0	(3)	0	(0)
Primes	12	(9)	0	(0)	1	(1)
Franchise	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	39	(22)	3	(5)	1	(3)
B Prévention des accidents	2	(5)	0	(0)	0	(0)
Traitement médical	21	(11)	0	(1)	5	(2)
Remboursement des frais	65	(79)	4	(4)	3	(1)
Indemnités journalières	60	(66)	4	(8)	11	(4)
Rente invalidité	13	(22)	1	(0)	5	(2)
Indemnité atteinte à l'intégrité	7	(7)	1	(1)	2	(1)
Total	168	(190)	10	(14)	26	(10)
C Réduction / refus de prestation	151	(156)	27	(20)	2	(4)
Recours contre tiers responsable	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Total	152	(156)	27	(20)	2	(4)
D Renseignements généraux / procédures	108	(96)	5	(10)	15	(19)
Total	**467**	**(464)**	**45**	**(49)**	**44**	**(36)**

Chiffres 2013 entre parenthèses

Sur les 556 dossiers traités, 513 ont été directement réglés avec les requérants. L'office est intervenu dans 43 cas. Le résultat a été positif dans 21 des 39 cas liquidés. Dans 15 cas, l'intervention s'est soldée par un échec et 3 autres dossiers ont été classés comme « neutres ».

Comme les années précédentes, la survenance d'un accident au sens juridique ou l'existence de lésions corporelles assimilées à un accident étaient parfois controversées. Dans plusieurs cas, les opinions divergeaient en raison d'un exposé trop succinct des faits dans la déclaration d'accident, notamment

lorsque l'employeur s'en était chargé. L'office de médiation juge donc important qu'après l'accident, la personne assurée rédige dès que possible sa propre description du déroulement de l'accident, aussi détaillée et exhaustive que possible, qui restitue les événements et circonstances.

Nous avons également traité les plaintes de requérants qui ne comprenaient pas le calcul des indemnités journalières par l'assureur LAA. Dans certains cas, l'office de médiation non plus ne comprenait pas les décomptes correspondants, parce qu'ils ne contenaient pas suffisamment d'informations sur le calcul effectué. Il a alors jugé bon d'intervenir. Cette démarche a parfois abouti à des prestations d'indemnités journalières plus élevées, parce qu'un nouvel examen avait révélé que le calcul initial était erroné.

Problèmes lors d'une nouvelle demande de prestations à l'assureur LAA après une longue période sans recours aux prestations

L'office de médiation s'est occupé d'un nombre croissant de plaintes difficiles, relatives à des cas où une personne assurée, après un accident reconnu par l'assureur LAA compétent, ne recourt pas à des prestations pendant une longue période, parfois plusieurs années, puis établit une nouvelle demande de prestations, qui lui est refusée.

Dans de tels cas, la compagnie d'assurances a en règle générale déjà clos le dossier d'accident originel (le « cas de base »). Selon l'expérience de l'office de médiation, la nouvelle demande de prestations est reçue normalement comme annonce de rechute, et un nouveau dossier est ouvert. La rechute constitue la réapparition d'une maladie supposée guérie, qui entraîne un traitement médical et / ou une (nouvelle) incapacité de travail.

Les assureurs LAA sont tenus de verser des prestations non seulement pour les cas de base, mais également pour les rechutes et séquelles tardives en vertu de l'art. 11 OLAA. Peu importe donc que le cas de nouveau annoncé soit ouvert en qualité de rechute ou de cas de base. L'analyse d'un nouveau droit aux prestations a toutefois une influence décisive sur la répartition du fardeau de la preuve de la causalité des douleurs.

Si l'on postule une rechute, il incombe à la personne assurée de fournir la preuve, souvent difficile, de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre la nouvelle affection et l'accident avec le degré de vraisemblance prépondérant qui s'applique en droit des assurances sociales. Elle doit donc prouver que l'atteinte à sa santé ne serait pas survenue sans l'accident. S'il s'agit en revanche d'un cas de base, la compagnie d'assurances doit prouver qu'il n'y a pas de lien de causalité. Pour les raisons susmentionnées, l'office de médiation examine les plaintes soumises liées à des refus de prestations qui ont été enregistrées – comme décrit ci-dessus – en tant que rechutes, à titre préjudiciel, afin de déterminer si l'assureur n'aurait pas dû ouvrir et traiter la demande de prestations du requérant en tant que cas de base.

Secteur de la prévoyance professionnelle

Le nombre de demandes liées à la prévoyance professionnelle a légèrement augmenté par rapport à 2013. Au cours de l'exercice sous revue, 105 (102) personnes se sont adressées à l'office de médiation ; leurs requêtes portaient sur une fondation collective LPP d'un assureur vie suisse. S'y sont ajoutés 59 cas qui n'ont pu être traités faute de compétence. Dans le cadre de leur divergence d'opinion avec une caisse de pension autonome, le médiateur a généralement aiguillé les personnes concernées 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	3	(7)	2	(0)	0	(0)
Etendue de la couverture	1	(3)	0	(0)	0	(0)
Réticence	1	(2)	0	(0)	0	(0)
Rachat	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Règlement	1	(4)	0	(0)	2	(0)
Changement d'institution de pré-voyance	3	(3)	2	(0)	0	(0)
Libre passage	16	(12)	0	(1)	1	(0)
Anticipation des prestations	4	(2)	1	(1)	0	(1)
Saisie	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Impôts	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	4	(10)	0	(0)	1	(0)
Clause bénéficiaire	1	(0)	0	(0)	0	(0)
Réductions / refus	24	(22)	6	(4)	3	(1)
Informations générales	9	(8)	5	(4)	3	(1)
Prescription	0	(3)	0	(0)	0	(0)
Retraite anticipée	4	(1)	1	(1)	1	(0)
Divorce	1	(2)	0	(1)	0	(0)
Salaire coordonné	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Procédure	0	(0)	0	(2)	0	(0)
Avocat	5	(4)	0	(0)	0	(2)
Total	**77**	**(83)**	**17**	**(14)**	**11**	**(5)**

Chiffres 2013 entre parenthèses

Seize cas ont donné lieu à des interventions. Sur les 16 cas clôturés, 9 se sont soldés par un résultat positif pour l'assuré, 6 par un résultat négatif et 1 neutre.

Une grande partie des demandes et plaintes dans le secteur LAA concernaient des questions de prestations en lien avec des cas d'invalidité, de retraite anticipée et

de coordination avec d'autres assurances sociales. L'office de médiation a constaté une augmentation des demandes en lien avec des prestations de libre passage.

Plaintes en raison de retard dans le versement de prestations de libre passage LPP

Certains assurés LPP se sont plaints à l'office de médiation que leur ancienne caisse de pension n'avait pas viré dans les plus brefs délais la prestation de sortie à la nouvelle institution de prévoyance LPP après un changement d'emploi. Il s'agissait alors d'examiner si le délai légal de 30 jours prévu par l'art. 2, al. 4 de la loi sur le libre passage (LFLP) pour transférer la prestation de sortie après avoir reçu toutes les informations nécessaires avait été respecté. Si tel n'est pas le cas, l'ancienne institution de prévoyance est tenue de verser à partir de ce moment-là l'intérêt moratoire prévu à l'art. 26, al. 2 LFLP, en relation avec l'art. 7 de l'ordonnance sur le libre passage (OLP). Ce taux correspond au taux d'intérêt minimal fixé dans la LPP, augmenté d'1%.

Obligation de conserver les documents après le virement de prestations de libre passage LPP

Un requérant a fait valoir qu'une fondation collective LPP, il y a 25 ans de cela, n'aurait pas versé une prestation de libre passage à la caisse de pension qui lui a succédé. Nous avons alors prié l'interlocuteur de l'office de médiation chez l'assureur LPP concerné d'examiner à nouveau s'il ne disposait vraiment pas d'attestations du virement qu'il faisait valoir de sa part (sur la base de pièces comptables internes). D'autant plus que l'institution de prévoyance à laquelle la prestation de libre passage devait avoir été versée n'était plus en mesure de confirmer, après un délai aussi long, qu'elle avait reçu le paiement correspondant. Nous n'avons toutefois pas pu juger si cela avait un lien avec l'annulation, 25 ans plus tôt, de l'adhésion engagée à la LPP.

L'institution de prévoyance nous a alors informés qu'elle ne disposait plus du justificatif correspondant. Elle a ajouté que le délai de dix ans prévu par l'art. 41, al. 8 LPP, en relation avec l'art. 27j OPP2 pour la conservation des documents de prévoyance (et par conséquent également des justificatifs de paiement disponibles), était largement échu depuis le versement effectué. Elle a aussi argué qu'il incombait au requérant de fournir la preuve de sa créance litigieuse. Parallèlement, l'institution de prévoyance a rappelé au requérant la possibilité pour lui d'engager une procédure judiciaire s'il maintenait sa réclamation. D'autant plus que l'autorité de surveillance LPP avait déjà statué sur cette divergence d'opinion. L'institution de prévoyance n'était donc définitivement pas disposée à conclure un arrangement.

L'office de médiation ne pouvait pas juger cette position incorrecte ou arbitraire. Il recommande donc vivement de ne pas attendre trop longtemps avant de se préoccuper du sort d'une prestation de libre passage.

Demandes relatives à des avoirs de 2e pilier perdus

Plusieurs personnes nous ont demandé de rechercher des avoirs du 2e pilier perdus. Nous avons dû les aiguiller vers la « Centrale du 2e pilier », compétente en la matière. Cette centrale est le bureau de communication pour les institutions de prévoyance LPP et les institutions qui gèrent des comptes ou des polices de libre passage, pour les avoirs sans contact et oubliés d'assurés. Une annonce correspondante doit être effectuée lorsque ces institutions ne peuvent plus assurer le contact périodique prévu avec leurs assurés (p. ex. en cas de changement d'adresse non communiqué).

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Pour Me Caimi, l'année 2014 a été l'occasion de célébrer ses quinze ans à la tête du bureau décentralisé de Suisse italienne. Le nombre de cas soumis à Me Caimi pendant l'exercice sous revue a connu une croissance de 7% (passant de 304 à 327). Rétrospectivement, il s'agit là d'un record par rapport aux dix dernières années. Le nombre de cas relevant de la compétence de l'office de médiation est passé de 36 à 44 pour ce qui concerne l'assurance accidents obligatoire et de 5 à 11 pour le secteur LPP ; quant au secteur de l'assurance privée (LCA), la quantité de cas traités est restée stable, au nombre de 210 (211 en 2013). Parmi les cas soumis, 62 ne relevaient pas de la compétence du bureau décentralisé de Lugano. Ces derniers concernaient notamment des plaintes liées à l'assurance-maladie sociale (28 cas) ainsi que des branches juridiques (34 demandes) étrangères au droit des assurances. En 2014, Me Caimi a été une fois encore confronté à plusieurs cas où le rôle ou le comportement d'un courtier en assurances ou d'un intermédiaire indépendant s'est avéré problématique, mais pour lesquels il n'a pas pu intervenir faute de compétence.

La majorité des demandes et des plaintes a pu être directement traitée avec les requérants via des renseignements écrits ou oraux. Les requérants apprécient le fait que Me Caimi veille toujours à leur présenter la situation juridique de manière précise, compétente et compréhensible, même lorsque la marge de médiation est inexistante. Ceci représente un des objectifs centraux de l'office de médiation : dans l'univers complexe des assurances, les assurés ont besoin d'aide ou de réponses concrètes, notamment lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir de la part de l'assureur une offre plus conséquente.

Le nombre d'interventions en Suisse italienne est resté le même que l'année précédente (14). Le résultat a été positif pour les requérants dans 11 de ces cas (78,5%). Parmi ces 14 interventions, deux d'entre elles ont nécessité plusieurs interventions auprès de l'assureur ; après des débats intenses, toutes deux ont débouché sur des arrangements avec la compagnie d'assurances en question. La plupart des interventions concernaient les secteurs de l'assurance responsabilité civile (y compris RC auto) et de l'assurance vie.

Tout comme l'année précédente, la majorité des 46 requêtes liées à l'assurance privée touchait à l'assurance responsabilité civile (RC auto 20, RC générale 26). 42 cas concernaient l'assurance du bâtiment et l'assurance ménage, dont 8 les assurances liées aux éléments naturels et 6 l'assurance dégâts des eaux. L'assurance indemnités journalières de maladie (37) et l'assurance privée indemnités journalières d'accident (4) ont fait l'objet d'un total de 41 requêtes. Dans les secteurs de l'assurance vie (34) et de l'assurance responsabilité civile (26), le nombre de cas soumis est resté constant, même si l'on observe un recul significatif du nombre de requêtes liées aux assurances RC auto, passées de 30 à 20. Dans ces secteurs, les questions prédominantes concernaient la prestation d'assurance (78 cas), l'étendue de la couverture (23), les conseils et le déroulement de la procédure (11) ainsi que les informations générales (32).

Résiliation de contrat pour cause de réticence selon l'art. 6 LCA – l'obligation de répondre de manière correcte et complète aux questions est valable jusqu'à l'acceptation du contrat (et non pas seulement jusqu'à l'envoi du formulaire de proposition d'assurance)

Pendant l'exercice 2014, le bureau décentralisé de la Suisse italienne a de nouveau été soumis à un thème récurrent : la « réticence précontractuelle ». C'est surtout dans le secteur de l'assurance vie que Me Caimi a été confronté à des requêtes contre des assureurs liées à une réticence ; le requérant avait négligé (alors qu'il en avait la possibilité) d'informer l'assureur de changements liés à des points importants pour l'évaluation des risques qui se sont produits entre le moment où il a rempli le formulaire et celui où l'assu-

reur a approuvé la proposition d'assurance. Il faut bien noter que l'obligation précontractuelle d'informer est valable jusqu'à la conclusion du contrat, c'est-à-dire jusqu'à ce que l'assureur accepte la proposition d'assurance, et non jusqu'à l'envoi du formulaire ou sa remise à l'assureur.

Responsabilité civile véhicules automobiles – en cas de dommage total, l'assuré a droit à une indemnisation, et non à un remplacement du véhicule

Pour ce qui est de l'assurance RC auto, Me Caimi a dû expliquer à plusieurs reprises qu'en cas de dommage total, les personnes lésées n'ont pas droit à l'acquisition d'un véhicule similaire, mais à une indemnisation. Il s'agit là d'une opinion erronée largement répandue.

Assurances véhicules automobiles : en cas de dommages à l'étranger, la couverture diffère selon l'emplacement géographique

En se basant sur deux cas qui lui ont été soumis, Me Caimi a constaté que les CGA de ce secteur d'assurance diffèrent énormément pour ce qui concerne le champ d'application territorial. La couverture est en règle générale valable en Suisse, dans la Principauté de Liechtenstein, dans les Etats membres de l'UE et de l'EEE. Pour circuler dans d'autres pays, il faut se procurer le document appelé « carte verte » auprès de son assureur. Cela dit, si la carte verte est valable en Serbie, il en va tout autrement pour le Kosovo, qui est en principe exclu de la couverture. Certaines compagnies d'assurances suisses ne garantissent plus de couverture pour le Kosovo et les autres pays ex-clus de la carte verte ; avant de passer la frontière, les assurés sont donc invités à conclure une assurance RC auto obligatoire pour une période limitée. En revanche, d'autres assureurs prévoient expressément la couverture de la zone géographique du Kosovo aussi bien pour la RC que la casco. Il faut absolument tenir compte de ces différences afin d'éviter les mauvaises surprises en cas de dommage casco.

Assurances du bâtiment : déception des propriétaires d'immeubles concernant les restrictions de couverture en vigueur en cas de dommages dus au poids de la neige

Pendant l'hiver 2013 / 2014, après les chutes de neige particulièrement abondantes qui ont provoqué des dommages sur les maisons des villages de montagne, plusieurs propriétaires au bénéfice d'une assurance du bâtiment ont dû faire face à une nouvelle déception. Concrètement, il s'agit du fait que, selon les CGA de l'assurance liée aux éléments naturels, les dommages dus au poids de la neige sont exclus de la couverture d'assurance s'ils ne concernent que les tuiles ou d'autres revêtements de toiture, ainsi que les cheminées et les gouttières. Malgré cette exclusion de couverture, et compte tenu des circonstances, certains assureurs se sont déclarés prêts à prendre en charge les frais d'un déneigement préventif.

Assurance accidents obligatoire

Dans le secteur de l'assurance accidents obligatoire, Me Caimi a traité 44 cas pendant l'exercice 2014, ce qui constitue une hausse de 19% par rapport à l'année précédente. Il s'agit là également d'un record de demandes et de plaintes pour les dix dernières années. Les thématiques principales abordées concernaient les garanties de prise en charge des frais de traitement, les indemnités journalières, les rentes invalidité consécutives à un accident et les indemnités d'atteinte à l'intégrité.

Un des points litigieux concernait dans certains cas l'interruption du traitement médical et du versement des indemnités journalières après que l'assureur LAA a fait valoir que l'assuré avait atteint le « status quo sine vel ante ». Le « status quo ante » représente l'état de santé tel qu'il était juste avant l'accident. Le « status quo sine » en revanche décrit l'état de santé tel qu'il aurait évolué tôt ou tard en raison du cours irréversible d'une maladie préexistante, et ceci même si l'assuré n'avait

pas subi d'accident. Me Caimi a eu l'occasion d'expliquer aux assurés cette notion complexe de « status quo ante vel sine » que les assureurs utilisent souvent dans leurs prises de position.

Dans un cas qu'il a traité, Me Caimi a eu à expliquer à l'assuré la problématique des accidents professionnels et non professionnels. Les accidents de la circulation en relation directe avec l'activité professionnelle sont considérés comme des accidents professionnels. Les accidents se produisant sur le chemin du travail comptent eux parmi les accidents non professionnels. Pour les employés à temps partiel travaillant moins de huit heures par semaine, et qui ne disposent donc pas d'une assurance pour accidents non professionnels via leur employeur, les accidents survenus sur le chemin du travail sont toutefois considérés comme des accidents professionnels.

Certaines questions reviennent souvent au sujet de la différence entre la rente invalidité, qui indemnise le dommage matériel subi par la personne accidentée, et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, qui compense le préjudice non matériel dû aux conséquences de l'accident.

Prévoyance professionnelle

Dans le secteur LPP, Me Caimi a traité 11 cas (2013 : 5) qui n'ont pas nécessité d'intervention. Les problèmes principaux concernaient les prestations d'assurance, les questions réglementaires et d'autres informations générales.

Pendant l'exercice sous revue, presque toutes les assurances se sont efforcées de soutenir le travail mené par le bureau tessinois en mettant leurs dossiers à sa disposition sans rechigner lorsque cela s'avérait nécessaire.

Activités de Me Caimi dans les médias

Le 30 mai 2014, Me Caimi a eu l'occasion de participer à l'émission télévisée « Patti chiari » sur la chaîne RSI LA1, où le débat intitulé « Non ti assicuro più » traitait des conséquences d'une résiliation selon l'art. 42 LCA en cas de dommage dans le cadre de l'assurance RC auto et casco. Sa participation en qualité de représentant de l'office de médiation a suscité un écho positif auprès du public comme parmi les assureurs, du fait qu'il s'est davantage exprimé sur le thème traité et sur son activité que sur les cas concrets exposés pendant l'émission.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Me Olivier Subilia, responsable du bureau décentralisé de Suisse romande, a eu affaire à un nombre de cas quasi identique à celui de l'année précédente. Après le recul net des cas traités en 2013, une stabilisation se dessine, et ceci aussi bien du point de vue de la quantité des demandes que de leur nature. Tous secteurs confondus, 460 requêtes (466 l'année précédente) ont été adressées au bureau romand, dont 300 demandes liées au secteur des assurances privées (317 en 2013), 45 concernant le secteur LAA (49 en 2013) et 17 qui touchaient à la prévoyance professionnelle (14 en 2013).

Par ailleurs, 98 personnes (86 en 2013) se sont adressées au bureau décentralisé de Suisse romande pour des requêtes sortant de son domaine de compétence, qui ont donc été directement réglées. Plus de deux tiers de ces cas (67) étaient liés aux assurances-maladie. Me Subilia a donc directement transmis les dossiers à la médiatrice à la tête de l'Ombudsman de l'assurance-maladie, à Lucerne. Dans la majorité des cas, les requérants se sont montrés reconnaissants face à l'aide immédiate de l'office de médiation pour que leur demande soit traitée en bonne et due forme. En voyant leurs dossiers transmis à l'organe compétent, les requérants se sentent soutenus dans leur demande, même si cette dernière sort du domaine de compétence de l'office de médiation auquel ils se sont adressés. Me Subilia a traité les autres requêtes hors compétence en aidant la plupart des personnes concernées à trouver des adresses de référence alternatives. Ses conseils ont été des plus appréciés.

Assurances indemnités journalières en cas de maladie – marge de médiation réduite en raison de la situation médicale constatée

Les cas relevant de la compétence du médiateur concernaient pour la plupart le secteur des assurances d'indemnités journalières (68 cas contre 67 en 2013). La moitié de ces requêtes (34) étaient liées à des réductions ou à des refus de prestations. Il s'agissait souvent de déterminer d'après son état de santé si l'assuré pouvait reprendre son activité professionnelle habituelle ou une activité adaptée. Ce genre de cas est souvent complexe car la situation médicale est déterminante pour vérifier si les prestations ont été réduites ou refusées à tort ou à raison. La marge de médiation de Me Subilia était souvent limitée lorsque des examens médicaux avaient déjà eu lieu, et il ne pouvait que se limiter à proposer une nouvelle expertise médicale. Les trois cas ayant donné lieu à une intervention se sont soldés par un succès.

Secteur de la protection juridique

Au nombre de 37, les plaintes liées à la protection juridique arrivent désormais en deuxième position sur le plan des problèmes dont s'occupe Me Subilia. La résiliation suite à un sinistre a donné lieu à un certain nombre de plaintes, du fait que les assurés la prennent particulièrement à cœur. Il arrive que des contrats d'assurance de longue date soient résiliés conformément aux conditions contractuelles en raison d'un sinistre insignifiant du point de vue du requérant. Par exemple lorsque les prestations fournies par l'assurance ne consistent pas en une prise en charge des frais de procès et se limitent à apporter des renseignements d'ordre juridique. Dans ce genre de cas, les assurés ont souvent l'impression de ne pas avoir bénéficié de prestations susceptibles de provoquer la dissolution du contrat d'assurance. Dans ce cas de figure, le rôle de Me Subilia est loin d'être simple : il s'agit pour lui d'expliquer une situation donnée, incontestable sur le plan juridique, mais dont la mise en œuvre pratique provoque incompréhension et insatisfaction.

Assurances des véhicules automobiles – hausse des plaintes concernant des assureurs qui reprochent aux assurés une justification frauduleuse de leurs prétentions

Le bureau décentralisé a eu fort à faire avec les assurances des véhicules automobiles.

Les 56 dossiers traités (26 cas liés à la responsabilité civile auto et 28 touchant au secteur de l'assurance casco) ont débouché sur pas moins de 11 interventions. Une partie de ces requêtes s'est révélée particulièrement délicate car l'assuré se voyait accusé de tentative de justification frauduleuse selon l'art. 40 LCA. Dans ces cas-là, les efforts de Me Subilia en vue d'une médiation ne se sont révélés fructueux qu'à titre exceptionnel. Lorsqu'un assureur a le sentiment que l'assuré cherche à le tromper en faisant valoir des revendications illégitimes, Me Subilia juge qu'il est quasi impossible de faire changer d'avis l'assureur. Dans un des cas traités, il a malgré tout réussi à convaincre l'assureur qu'il ne s'agissait pas d'un cas de fraude à l'assurance ; le problème venait plutôt du fait que l'assuré n'était pas en mesure de prouver l'étendue du sinistre invoqué. Mais en règle générale, les assureurs sont restés sur leur position en expliquant que les résultats de leur unité de gestion des fraudes ne laissaient aucune marge d'interprétation.

Assurances voyages – interprétation stricte des conditions contractuelles par les assureurs

Les divergences d'opinion avec les assurances voyages ont débouché sur des interventions relativement fréquentes (3 en tout, c'est-à-dire dans un cas sur six). Dans ce contexte, l'une des questions récurrentes concerne les troubles de la santé préexistants et donc ne bénéficiant pas de l'assurance. Certains assurés souffraient certes de problèmes de santé, mais tablaient sur une guérison avant leur départ en voyage, et ceci en se basant sur les estimations de leur médecin ; lorsque leur état s'est aggravé de manière imprévue, l'assureur leur a reproché d'avoir attendu trop longtemps avant d'annuler leur voyage. Dans d'autres cas, l'assureur a reproché à l'assuré d'avoir anticipé une aggravation prévisible de son état de santé en annulant son voyage avant l'aggravation effective (dans des conditions lui étant favorables). La plupart des cas transmis à Me Subilia ont montré que l'interprétation des conditions générales d'assurance était exagérément stricte, voire assez discutable pour donner lieu à une intervention, cette dernière n'ayant cela dit jamais abouti à une remise en question de l'assureur.

Pour ce qui est des assurances voyages limitées dans le temps, l'office de médiation ne peut que recommander aux assureurs de communiquer aussi précisément que possible dans leurs conditions générales d'assurance (CGA) comme dans la transmission des informations avant signature du contrat quant aux obligations et à l'étendue de la couverture, afin d'éviter toute incompréhension et insatisfaction de la part des assurés.

Secteur LAA

Une seule intervention s'est déroulée dans le secteur LAA. A ce propos, signalons une fois encore que l'office de médiation n'est compétent que tant que l'assurance accidents n'a pas rendu de décision au sens juridique. Il arrive en effet souvent que les assurés s'adressent à l'office de médiation alors qu'il est déjà trop tard et qu'une intervention n'est plus possible.

Heureusement, l'activité de médiation n'est pas toujours aussi sombre… Le recours à l'office de médiation a aussi permis de trouver une solution à l'amiable dans des cas difficiles à appréhender. Par exemple, dans le cas d'un assuré qui a subi un dommage sur son véhicule à l'étranger, dans des circonstances confuses, et dont les attestations établies par le garagiste étranger et les autorités locales semblaient varier quant au déroulement des faits. Dans cette affaire et sachant que le montant litigieux était relativement bas, l'assureur s'est montré pragmatique, ce qui a donné lieu à une solution satisfaisante à moindres frais.

Aux yeux de Me Subilia, ce dernier cas reflète bien l'exercice sous revue. Il montre comment assureur et assuré peuvent dépasser leurs positions apparemment bloquées et, malgré les divergences, trouver une solution acceptable pour les deux parties. Et ceci en s'abstenant d'interpréter les faits avec trop de rigueur et en trouvant un compromis peutêtre pas forcément exact, mais équitable, satisfaisant pour tout le monde. Dans tous ces cas, Me Subilia s'estime heureux d'avoir contribué à un résultat positif.

Autres activités

En mai 2014, le président du Conseil de fondation a organisé une conférence de presse avec l'Ombudsman, à laquelle ont également participé deux professeurs de droit de l'Université de Zurich. Cet événement ainsi que les autres contacts avec les médias (radio, journaux et médias en ligne) que l'Ombudsman a gérés au cours de l'exercice sous revue servent non seulement à informer le public sur notre activité, mais facilitent aussi l'accès à la prestation empreinte de neutralité que nous menons à bien, dans l'intérêt des requérants.

En octobre 2014, notre Fondation a participé à la procédure de consultation du Département fédéral des finances (DFF) sur la loi sur les services financiers (LSFin). La réponse à la procédure de consultation se trouve sur notre site Internet www.ombudsman-assurance.ch en allemand et en français. Un échange avec le responsable du service juridique du DFF et l'Ombudsman des banques suisses a par ailleurs permis de débattre sur le plan pratique de la proposition du texte de loi dans la LSFin, et notamment du chapitre concernant les offices de médiation.

Outre un échange avec la FINMA consacré aux assurances maladie complémentaires, l'Ombudsman a participé à différentes rencontres avec d'autres médiateurs, afin de mieux coordonner les thèmes relevant de plusieurs secteurs (p. ex. le secteur des voyages) ainsi que les affaires en cours touchant à la compétence de plusieurs offices de médiation (p. ex. l'assurance maladie et l'assurance accidents).

Par ailleurs, l'Ombudsman a continué à entretenir ses contacts internationaux. Outre sa présence à un congrès de l'autorité de surveillance des marchés financiers du Liechtenstein, il a participé à deux reprises en qualité d'observateur à une réunion du FIN-NET (Financial services complaint) de l'Union européenne. Il a également rencontré l'Ombudsman allemand des assurances à Berlin pour approfondir sa connaissance de l'organisation et des procédures de l'office de médiation des assurances en Allemagne.

Lors de deux conférences (devant une assemblée de courtiers et dans la section bâloise de l'ASDA), l'Ombudsman a eu l'occasion d'exposer à des professionnels expérimentés les problèmes fréquents auxquels doit faire face l'office de médiation lors de la conclusion d'un contrat d'assurance, ainsi que son avis sur les manières de les éviter, dans la mesure du possible.

Enfin, l'Ombudsman accorde toujours une grande importance à ses contacts réguliers avec les membres de la direction des compagnies d'assurances et à ses rendez-vous avec les interlocuteurs dans les compagnies affiliées à l'office de médiation. Ces rencontres permettent d'aborder des questions essentielles ne relevant pas des affaires courantes. Dans certains cas, ces entretiens permettent aussi de trouver une solution à des problèmes touchant de nombreux assurés.

Conseil de Fondation

Après 20 ans de bons et loyaux services au sein de notre Conseil de fondation, M. Hanspeter Seiler, ancien président du Conseil national, s'est retiré au 31 décembre 2014. Pendant toutes ces années, des projets stratégiques importants ont été lancés et mis en œuvre pour le développement de l'office de médiation. Citons en particulier l'extension du champ d'activité de notre fondation aux affaires relatives à la LAA et à la LPP, ainsi qu'à la médiation en cas de divergences d'opinion avec l'assurance militaire. Par son engagement et sa compétence au sein du Conseil de fondation, M. Seiler a contribué de manière déterminante à l'évolution de la fondation « Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva » et à la garantie de l'indépendance de notre institution. Nous le remercions très sincèrement pour sa précieuse collaboration et lui présentons nos meilleurs vœux pour son avenir.

Pour succéder à Hanspeter Seiler, le Conseil de fondation a élu Mme Andrea Geissbühler, conseillère nationale, au 1er janvier 2015.

Procédure de consultation sur la loi sur les Services Financiers (LSFin)

Résumé de la position de la Fondation

Notre Fondation s'oppose à la soumission à la LSFin tant de la branche de l'assurance que de l'Ombudsman de l'assurance privée.

Telle qu'elle est proposée, la soumission de la branche de l'assurance à la LSFin englobe indirectement, à côté des assurances sur la vie susceptibles de rachat, également la fourniture de produits d'autres branches d'assurance qui dépendent de la surveillance de la FINMA (cf. par exemple la modification proposée de l'art. 42 LSA), selon les dispositions de l'art. 2, tout comme l'ensemble de la branche des assurances privées.

Il existe déjà une réglementation complète pour la branche de l'assurance, avec des règles strictes et spécifiques aux différents secteurs en ce qui concerne la protection des clients et des investisseurs. D'éventuelles modifications de la législation (sept ans après l'entrée en vigueur de la dernière révision partielle) ne doivent être entreprises que dans le cadre du mandat de nouvelle révision partielle de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance privée confié par le Parlement en 2013.

Cela fait 42 ans que le système de médiation neutre offert par la Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la SUVA en cas de litige avec une société d'assurance a fait ses preuves dans quelque 84 000 cas. Pratiquement tous les assureurs pour lesquels pourraient survenir des litiges entre assureur et assurés sont affiliés à l'Office de médiation. L'efficacité de la protection des clients par la Fondation est garantie dans une grande mesure et prouvée par des données statistiques. L'étude de satisfaction de clientèle qui a été menée par GfK Switzerland met en lumière un haut degré de satisfaction des assurés envers l'Office de médiation. Dès lors, un ancrage de l'Office de médiation dans la LSFin n'est pas nécessaire et doit par conséquent être rejeté.

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le Président

Rolf Schweiger

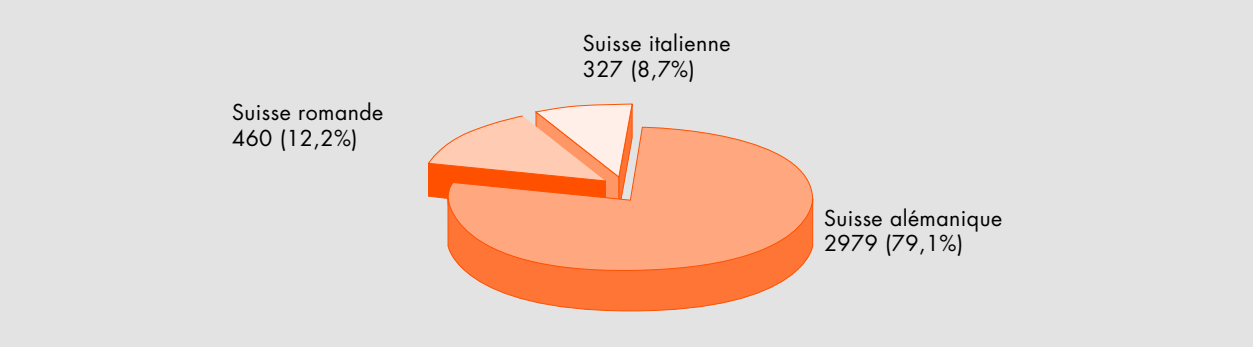
L'Ombudsman

Martin Lorenzon

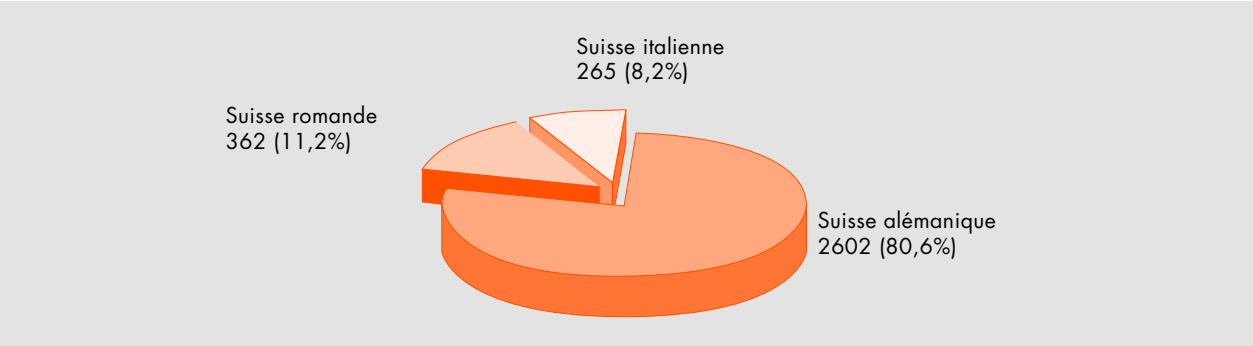
Zurich, mars 2015

Les statistiques 2014

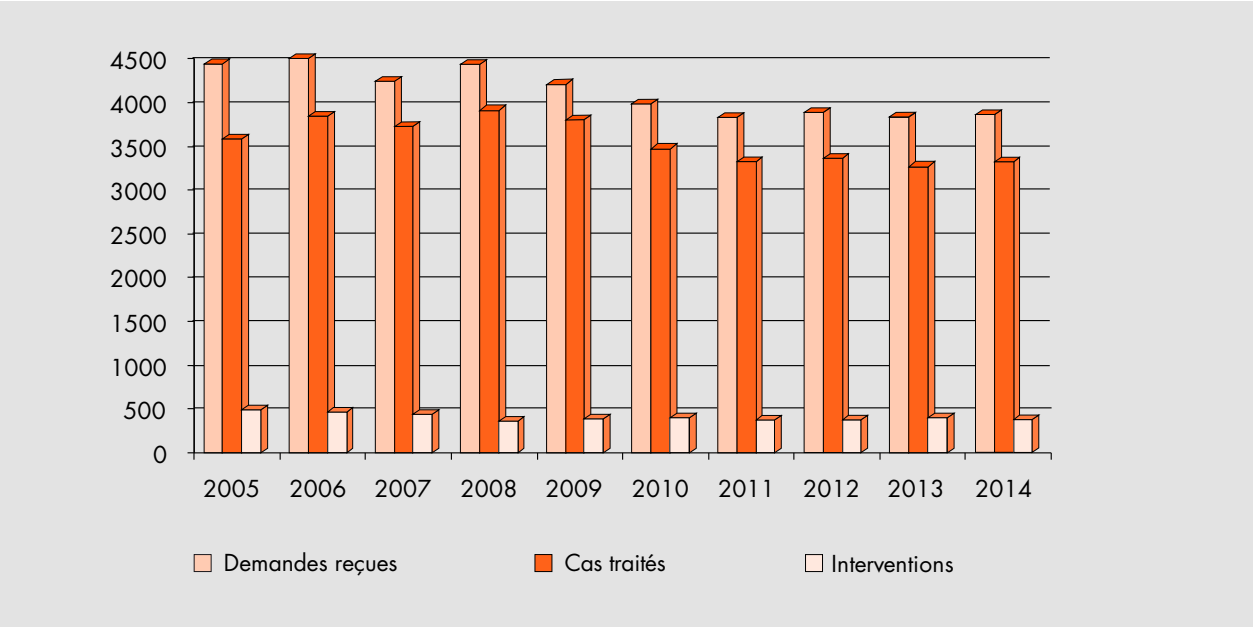
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2005 à 2014



Sociétés affiliées

(état mars 2015)

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 des Médecins Suisses
Assurances des métiers Suisse
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
Dextra
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)
Mutuel Assurances SA Nationale Suisse (assurance-maladie exceptée)
Nationale Suisse
Nationale Suisse Vie (y c. ex Coop Vie)
Orion
Pax
Phenix (act. Helvetia)
Protekta
Providentia (act. La Mobilière Vie)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas assurance privée SA (assurance-maladie exceptée)
Skandia Vie SA
smile direct assurance (anc. Coop)
Suisse Grêle
Suva
Swiss Life
Sympany
TCS Assurances SA (TCS exceptée)
TSM
UBS Life SA
UNIQA
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