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

Rapport annuel 2015

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
(état au 31 décembre 2015)

Rolf Schweiger, ancien conseiller aux Etats, Baar, président
Silva Semadeni, conseillère nationale, Coire, vice-présidente
Andrea Geissbühler, conseillère nationale, Bäriswil
Gabi Huber, avocate, ancienne conseillère nationale, Altdorf
Alfred Leu, CEO Generali (Suisse) Holding, Adliswil
Francis Matthey, ancien conseiller d'Etat et ancien conseiller national, La Chaux-de-Fonds
Thomas Mäder, directeur Suva, Root
Chiara Simoneschi-Cortesi, ancienne présidente du Conseil nationale, Comano
(cf. table de matières pour les mutations)

Médiateur

Martin Lorenzon, avocat

Office de médiation Suisse alémanique

Urs Bucher, avocat, responsable adjoint du service juridique
Adrian Bryner, avocat
Suzanne Schaad-Ritt, avocate
Eveline Bretscher Todaro, 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, le secteur suisse des assurances privées n'a heureusement pas connu de sinistres de grande ampleur (par ex. éléments naturels) entraînant une multitude de dommages et de personnes concernées. Ce ne sont donc pas les demandes et les plaintes soumises à l'office de médiation qui m'ont préoccupé, mais plutôt le message du Conseil fédéral du 4 novembre 2015 concernant la Loi sur les services financiers (LSFin). Ce message porte sur des règles superflues selon notre fondation, notamment l'ancrage de l'Ombudsman de l'assurance privée dans la LSFin (nous avons présenté la position de notre Fondation à ce sujet dans le rapport annuel 2014). De surcroît, la LSFin oblige l'ensemble des intermédiaires (courtiers en assurances) indépendants à s'affilier à un office de médiation. Cette mesure semble toutefois peu pertinente vis-à-vis des courtiers en assurances qui accordent d'ores et déjà la plus grande importance à l'amélioration de la protection des clients.

Dans la pratique, les quelque 5000 courtiers indépendants répertoriés actuellement ne sont parfois plus du tout actifs en tant que tels lorsqu'un client se plaint a posteriori des conseils du courtier lors de la conclusion d'une police. Le plus souvent, cette démarche n'est entreprise que plusieurs années après la conclusion de la police placée par le courtier. Lorsque le médiateur intervient auprès de courtiers indépendants et que ceux-ci ne répondent pas, pour cause de mauvaise volonté ou de manque de ressources financières, ou effectivement d'arrêt de l'activité, il ne peut rien y faire. Les clients concernés remettront alors en cause l'utilité de l'office de médiation. Je préconise donc la solution suivante :

1. A l'instar des avocats, tous les courtiers en assurances indépendants, sans exception, devraient être obligés de conclure une assurance responsabilité civile professionnelle, non pas dans le cadre de la LSFin, mais dans celui de la révision partielle de la LCA / LSA demandée par le Parlement. La conclusion de cette police devrait constituer une condition sine qua non de l'autorisation d'exercer en tant que courtier en assurances.

2. En cas de résiliation de la police pour cause d'arrêt de l'activité, cette assurance responsabilité civile professionnelle devrait comporter une prolongation de couverture « run off », par exemple d'une durée de cinq ans. Ainsi, les prétentions qu'un assuré ne formule qu'après l'arrêt de l'activité du courtier en assurances peuvent, si nécessaire, être présentées directement à l'assureur responsabilité civile professionnelle (avec droit de créance direct).

3. L'autorité de surveillance devrait avoir compétence pour sanctionner les violations de cette obligation.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Fondation
Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Résumé du rapport annuel 2015

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 baissé de 3229 à 2982 (- 8%).

Dans 2654 cas, le problème a pu être réglé sans intervention auprès de l'assureur, directement avec l'assuré ou le requérant ; 328 requêtes ont donné lieu à une intervention auprès des compagnies d'assurances concernées, soit un taux d'intervention de 24,6%. Parmi celles-ci, 89% ont été réglées avant fin 2015, avec un taux de réussite de 66,6%. La valeur litigieuse la plus élevée dans les interventions réalisées atteignait CHF 400 000.-, la moins élevée EUR 45.-.

Comme les années précédentes, les plaintes complexes dans le domaine des assurances de personnes ont représenté la part la plus importante de l'activité de l'office de médiation, à savoir 50% des cas. Notre travail a consisté le plus souvent à examiner des refus ou des suspensions de prestations de la part d'assurances d'indemnités journalières et accidents. Nous avons constaté que les médiations auprès d'assurances protection juridique et voyages étaient souvent complexes, avec d'un côté une pratique stricte en matière de remboursement de sinistres, et de l'autre des exigences élevées des assurés. Dans ce même domaine, l'office de médiation a dû pour la première fois se pencher sur le cas du portail Internet d'une assurance voyages, qui permettait la conclusion de contrats d'assurance non valables.

Le médiateur a également enregistré une augmentation des plaintes contre des assurances pour téléphones portables. Dans ces cas, il s'est agi d'examiner si l'assureur était bel et bien en droit de refuser de verser une prestation en raison d'une faute grave de l'assuré à l'origine du sinistre sur son smartphone.

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2015

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 4
Interventions 5
– Taux d'interventions 5
– Interventions par branche / secteur 6
– 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 19

Le bureau décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne 21
Bureau décentralisé de Suisse romande 24

Autres activités 27

Changement au sein du Conseil de Fondation 28

Les statistiques 2015

Statistique par régions : demandes reçues 29
Statistique par régions : cas traités 29
Activité de 2006 à 2015 29

Sociétés affiliées 30

Aperçu de l'exercice 2015

Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2015, le nombre de demandes soumises à l'office de médiation s'est élevé à 3502 (3766 en 2014).

Total des demandes				3502	(3766)
De notre compétence				2982	(3229)
Cas réglés directement	• par téléphone	1651	(1788)		
	• par écrit	1003	(1043)	2654	(2831)
Interventions				328	(398)

Chiffres 2014 entre parenthèses

Par rapport à 2014, le nombre de cas relevant de notre compétence a diminué, passant de 3229 à 2982 (- 8%). Cette baisse s'explique probablement par les deux facteurs suivants :

– Au cours de l'exercice sous revue, les assureurs privés ont été épargnés par les sinistres de grande ampleur impliquant de nombreux assurés.

– Les assureurs réalisent de plus en plus de sondages électroniques auprès de leurs clients. Après avoir sollicité une prestation, ces derniers peuvent faire connaître leur niveau de satisfaction ou les raisons pour lesquelles ils sont mécontents. Cette approche permet d'améliorer le suivi direct des clients insatisfaits qui donnent un retour.

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

Branches	2015	2014
AVS	5	8
AC	10	6
AI	17	21
Caisses-maladie	250	284
Assurances cantonales	22	16
Compagnies d'assurances domiciliées à l'étranger	26	21
Assureurs privés non affiliés à la fondation	48	31
Prévoyance en faveur du personnel (institutions LPP autonomes)	49	59
Divers	92	90
Assurance maternité	1	1
Total	**520**	**537**

Les 48 cas relevant d'assureurs privés non affiliés à la fondation indiqués dans le tableau concernent surtout des divergences d'opinion au sujet d'assurances indemnités journalières maladie avec des caisses-maladie. Pour les affaires relatives aux caisses-maladie, il existe un office de médiation distinct à Lucerne.

S'agissant des assurances de personnes, 559 cas (556) concernaient l'assurance accidents obligatoire (y compris 12 (28) demandes relatives à l'assurance militaire), suivis de 533 demandes (571) relatives aux assurances indemnités journalières en cas de maladie, 279 demandes (326) portant sur l'assurance vie, 74 cas (105) relatifs au secteur LPP et 38 demandes (52) en lien avec les assurances accidents privées.

Assurance accidents obligatoire et assurance militaire	559	(556)
Assurance indemnités journalières maladie	533	(571)
Assurance vie	279	(326)
Secteur LPP	74	(105)
Assurance accidents privée	38	(52)
Total	**1483**	**(1610)**

Chiffres 2014 entre parenthèses

Comme les années précédentes, les requêtes complexes et nécessitant beaucoup de temps dans le domaine des assurances de personnes ont représenté le volet principal de notre activité en 2015, avec quelque 50% du nombre total des cas.

La proportion des demandes relatives à l'assurance accidents obligatoire (y compris l'assurance militaire) pour lesquelles l'assureur avait déjà rendu une décision formelle au moment de la saisine de l'Ombudsman par le requérant a atteint 13%. Dans ces cas, nous n'avons pas pu agir. En matière d'assurance accidents obligatoire (LAA), la compétence de l'office de médiation n'est donnée que tant que la procédure administrative contentieuse n'a pas commencé, en l'occurrence jusqu'à l'existence d'une décision formelle.

Nous recommandons par conséquent à tous les assurés LAA d'une compagnie affiliée à l'office de médiation qui recourent à nos services de prier celle-ci par écrit d'attendre avant de rendre sa décision formelle, parce que l'Ombudsman a été sollicité.

Demandes et plaintes ventilées par branches

Branche	**2015**	A	B	C	D	2014
Accidents (privé)	**38**	8	3	26	1	52
Animaux	**11**	2	1	7	1	2
Assurance voyages	**232**	16	5	190	21	212
Bâtiments / bris de glace	**41**	7	5	22	7	75
Bijoux	**3**	1	0	2	0	3
Casco	**137**	27	17	79	14	148
Cautionnement	**0**	0	0	0	0	1
Chômage	**7**	0	0	5	2	1
Dégâts d'eau	**66**	8	1	53	4	63
Garantie	**3**	0	0	1	2	1
Garantie de crédit	**11**	3	1	2	5	19
Incendie et éléments naturels	**35**	5	2	24	4	23
LAA	**559**	39	332	45	143	556
LPP	**74**	16	6	40	12	105
Machines	**3**	0	0	3	0	0
Maladie	**533**	79	70	283	101	571
Ménage	**109**	22	35	40	12	146
Protection juridique	**283**	45	33	158	47	304
RC véhicules automobiles	**234**	43	56	108	27	263
Responsabilité civile	**207**	25	13	142	27	257
Tél. mobile (nouvelle rubrique)	**38**	2	0	7	29	
Transport	**1**	0	0	1	0	3
Vie	**279**	114	14	72	79	326
Vol	**78**	8	7	55	8	98
Total	**2982**	**470**	**601**	**1365**	**546**	**3229**

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

Branche	**2015**	2014	2013	2012	2011
LAA	**559**	556	549	603	519
Maladie	**533**	571	522	524	621
Protection juridique	**283**	304	239	318	203
Vie	**279**	326	398	375	533
RC auto	**234**	263	294	314	304
Assurance voyages	**232**	212	120	110	87
RC générale	**207**	257	276	329	332

Ventilation des demandes selon leur provenance

Ventilation selon le sexe ou autres critères

Se sont adressé à l'office de médiation en 2015 :

Hommes	1836	(2032)
Femmes	1431	(1531)
Entreprises, autorités et organisations	235	(203)

Chiffres 2014 entre parenthèses

Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2015	2014	Différence
Suisse alémanique	2800	2979	– 179
Suisse romande	404	460	– 56
Suisse italienne	298	327	– 29
Total	**3502**	**3766**	**– 264**

Le recul du nombre de cas relevant du domaine de compétence de l'Ombudsman par rapport à l'exercice précédent (de 3229 à 2982) concerne aussi bien le siège principal (7,2%) que les bureaux décentralisés de Lausanne (13,1%) et de Lugano (12,2%).

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2015	2014	Différence
Suisse alémanique	2426	2602	– 176
Suisse romande	320	362	– 42
Suisse italienne	236	265	– 29
Total	**2982**	**3229**	**– 247**

Interventions

Le nombre total d'interventions a reculé de 398 à 328, 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.

	2015	2014	Différence
Suisse alémanique	288	334	– 46
Suisse romande	28	50	– 22
Suisse italienne	12	14	– 2
Total	**328***	**398**	**– 70**

*Dont 291 (88,7%) liquidées à fin 2015.

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

Assurance privée	25,6%	(28,7%)
Assurance accidents obligatoire / LAA	20,6%	(20,9%)
Fondations collectives LPP	26,5%	(29,1%)

Chiffres 2014 entre parenthèses

Le nombre d'interventions ayant nécessité plusieurs interventions a diminué par rapport à l'exercice précédent, passant de 93 (23,3%) à 72 (22,08%).

Interventions par branche / secteur

Branche / secteur	sans interv.	1 interv.	2 interv.	3 interv.	4 interv.	Total interv.
RC auto	210	18	4	2	0	24
Chômage	7	0	0	0	0	0
Ménage	98	11	0	0	0	11
Téléphone mobile	34	3	1	0	0	4
Vol	67	9	2	0	0	11
Eléments naturels	14	4	0	0	0	4
Incendie	15	1	1	0	0	2
Casco	126	7	2	2	0	11
Bâtiments	31	4	0	0	0	4
Bris de glace	6	0	0	0	0	0
Garantie	3	0	0	0	0	0
Resp. civile	173	25	2	4	3	34
Maladie	489	29	12	3	0	44
Cautionnement	0	0	0	0	0	0
Garantie de crédit	9	2	0	0	0	2
Vie	257	16	5	1	0	22
Machines	3	0	0	0	0	0
Voyages	181	37	11	3	0	51
Protect. juridique	255	24	3	1	0	28
Bijoux	2	1	0	0	0	1
Transport	1	0	0	0	0	0
Animaux	8	3	0	0	0	3
Accidents (privé)	32	6	0	0	0	6
Dégâts d'eau	54	10	2	0	0	12
LAA	514	38	5	0	2	45
LPP	65	8	1	0	0	9
Total	**2654**	**256**	**51**	**16**	**5**	**328**

Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 291 interventions clôturées à fin 2015 a été positif dans 194 cas (66,6%) et négatif dans 85 cas (29,2%). Dans 12 cas (4,1%), le résultat a été enregistré comme neutre.

Nous entendons par « neutre » le résultat d'un cas qui a concerné uniquement une demande d'information, d'un cas que nous avons dû clore prématurément à cause de sa prise en charge par un avocat suite au dépôt d'une plainte ou encore d'un cas resté sans objet car la réponse de l'assureur et l'intervention se sont croisées.

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 surtout par le fait que les interlocuteurs directs du médiateur sont essentiellement des membres de la direction disposant des compétences décisionnelles nécessaires pour prendre et mettre en œuvre des décisions au sein de l'entreprise. En règle générale, une solution a pu être rapidement trouvée pour les quelques cas plus épineux.

Dans la majorité des cas, les prises de position des compagnies étaient tout à fait valables et traduisaient un examen sérieux de nos interventions.

La collaboration ne s'est révélée insatisfaisante que dans quelques interventions, à savoir lorsque les assureurs concernés n'ont pas tenu compte des arguments considérés comme essentiels par l'office de médiation, lorsque les prises de position étaient trop brèves et lorsque les nouveaux décomptes d'indemnités journalières dus à l'intervention dans le domaine LAA n'étaient pas clairs pour le médiateur non plus. Dans ces cas, une intervention supplémentaire s'est chaque fois avérée nécessaire. La collaboration a également été insatisfaisante dans quelques interventions au cours desquelles l'assureur s'est montré certes conciliant, mais, au lieu de répondre à l'office de médiation, à l'attention de la partie plaignante (tout comme dans les cas entraînant un refus d'entrée en matière), a réglé le cas directement avec celle-ci.

Le traitement d'un petit nombre de cas a été trop lent. Dans les assurances de personnes, le traitement d'un cas dure de quatre à six semaines. Dans la plupart des autres domaines, il dure au maximum quatre semaines. Le traitement dure plus longtemps surtout lorsque des rapports externes, par exemple médicaux, doivent être demandés ou, dans des cas exceptionnels, lorsqu'une personne responsable de la prise de position finale chez l'assureur est absente durant une période prolongée et qu'elle n'est pas remplacée.

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

Le secteur des assurances privées

Secteur vie

A l'instar des exercices précédents, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a fortement reculé, passant de 326 à 269 (17,5%). Par rapport à 2005, le nombre de cas a diminué de 56% (passant de 608 à 269), alors que par rapport à l'année la plus chargée (2009), le nombre de cas a chuté de 64% (passant de 752 à 269). Tout comme les années précédentes, le repli a principalement concerné les demandes et les plaintes liées aux produits de l'assurance-vie qui ne prévoient aucune prestation garantie en cas de vie ainsi que les assurances de rente. Une grande partie des demandes et des plaintes dans le secteur de l'assurance vie individuelle a concerné les assurances risque décès et les assurances complémentaires en cas d'invalidité.

Devoir de clarification de l'assureur en cas de conclusion d'une police de prévoyance liée / pilier 3a

Comme les années précédentes, diverses plaintes adressées à l'office de médiation ont porté sur le devoir de clarification de l'assureur en cas de conclusion d'une police de prévoyance liée / pilier 3a. Celles-ci ont notamment été déposées par de jeunes adultes ainsi que par des travailleurs de l'Union européenne (UE) qui contestent le manque d'information de la part de l'assureur lors de la conclusion du contrat sur le fait qu'au terme de leur activité professionnelle en Suisse, ils n'ont été autorisés à verser aucune prime supplémentaire pour le pilier 3a.

Pour pouvoir verser des cotisations au pilier 3a, il est nécessaire d'avoir un revenu d'une activité lucrative ou un revenu de substitution soumis à l'AVS. Dans certains cas, le médiateur a constaté que l'assureur n'avait pas expliqué au preneur d'assurance, lors de la conclusion du contrat, que ces conditions devaient être remplies pendant toute la durée contractuelle pour que le preneur d'assurance puisse verser l'ensemble des cotisations jusqu'à l'expiration du contrat.

C'est pourquoi le médiateur est intervenu auprès de l'assureur et lui a fait remarquer qu'il ne devait pas uniquement respecter le devoir de renseigner décrit dans l'art. 3 LCA. En effet, lorsque l'on s'engage dans des négociations contractuelles avec autrui, on est tenu, selon le principe de bonne foi, d'informer la partie adverse sur les faits essentiels liés à la conclusion et au contenu du contrat. Dans le cas de la prévoyance liée 3a, expliquer que l'autorisation de verser des cotisations et donc le maintien du contrat tel quel dépendent des déductions d'impôts possibles fait partie des fait essentiels. Dans les assurances prévoyance, le versement de cotisations supérieures au montant déductible au sens de l'art. 7, al. 1, OPP 3 n'est pas possible. L'autorisation de verser des cotisations est donc un point important pendant toute la durée du contrat.

Dans un cas, l'assureur a nié avoir donné des conseils erronés lors de la conclusion d'un contrat et a avancé que la police pouvait être maintenue après le départ de la Suisse en tant que pilier 3b (prévoyance libre). Etant donné qu'un changement de prévoyance est autorisé par le droit des assurances, le médiateur a proposé cette solution, la considérant adéquate, afin que la protection d'assurance soit maintenue comme souhaité et que le capital d'épargne puisse continuer à être formé dans les mêmes proportions que jusqu'alors.

Dans un autre cas, l'assureur a également nié avoir donné des conseils erronés à la partie plaignante. Au vu des circonstances du cas d'espèce, il s'est montré disposé, pour être arrangeant, à rembourser toutes

les primes payées jusque-là. L'assureur est même allé plus loin que la recommandation du médiateur en offrant la résiliation de la police et en remboursant l'ensemble des primes payées (avec déduction de la part de la prime de risque couvrant le risque assumé jusqu'à la résiliation du contrat, mais sans déduction des frais de souscription).

Limites du devoir d'information des bénéficiaires vis-à-vis de l'assurance décès à la suite du décès de la personne assurée

Une plainte par rapport à l'obligation de coopérer des proches bénéficiaires à la suite du décès par infarctus de la personne assurée a été déposée contre l'assurance décès. Après que les bénéficiaires avaient informé l'assureur du décès et lui avaient fait parvenir les documents souhaités (c'est-à-dire en particulier le certificat de décès officiel et le rapport du médecin sur la cause du décès), ils n'ont reçu aucune nouvelle de sa part durant plusieurs mois.

Les bénéficiaires ont rappelé à l'assureur son devoir. Celui-ci leur a expliqué qu'étant donné la cause du décès on ne pouvait pas exclure que, lors de la conclusion de l'assurance de risque décès, la défunte ait tu, dans ses réponses aux questions de la proposition d'assurance, une maladie préexistante ayant pu causer le décès. Pour récolter des preuves sur la réticence supposée, l'assureur a demandé aux proches bénéficiaires de répondre à différentes questions sur les traitements médicaux suivis par la défunte et de lui communiquer les noms des médecins traitants. Les proches ont refusé et se sont adressé à l'office de médiation.

Après examen du dossier, le médiateur a indiqué à l'assureur que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le devoir d'informer des ayants droit en cas de sinistre (art. 39 LCA) porte uniquement sur des faits qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit. Il ne concerne donc pas les circonstances qui auraient pu être significatives lors de la conclusion du contrat du point de vue d'une éventuelle réticence. Etant donné que les conditions du droit au versement des prestations en cas de décès étaient remplies par les bénéficiaires depuis plus de quatre semaines et que l'assureur n'avait pu prouver aucune réticence qui aurait pu le délier de son devoir de verser les prestations dues, celui-ci s'est exécuté, sur recommandation du médiateur, sans attendre.

Secteur non-vie

Assurances de choses

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

Assurance téléphone portable : est-ce que transporter un téléphone portable dans la poche des pantalons en se rendant aux toilettes peut être considéré comme une négligence grave ?

L'office de médiation reçoit toujours davantage de demandes et de plaintes en lien avec les assurances téléphone portable.

Dans l'un de ces cas, une personne assurée nous a expliqué que son téléphone portable, qu'elle transportait dans la poche de son pantalon, était tombé dans la cuvette des toilettes.

L'eau avait endommagé le téléphone de manière définitive. L'assureur a estimé que le fait d'utiliser, de transporter ou de déposer un téléphone portable à proximité directe de l'eau ou dans l'eau pouvait être considéré comme une négligence grave et que, conformément aux Conditions générales d'assurance (CGA), le sinistre n'était donc pas couvert.

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, agit de manière gravement fautive quiconque viole les règles les plus élémentaires de la prudence, négligeant des précautions qui, dans les mêmes circonstances, se seraient imposées à toute personne raisonnable. C'est pourquoi l'office de médiation a rendu l'assureur attentif au fait que transporter un téléphone portable dans la poche du pantalon en se rendant aux toilettes ne peut en principe pas être considéré comme une négligence grave. Selon la situation, cet acte pourrait être considéré comme une négligence simple. Dans ce cas, il est évident que les critères de la négligence grave ne sont pas réunis. Selon les circonstances, il est même conseillé de prendre son téléphone portable avec soi lorsque l'on se rend aux toilettes, pour éviter de le laisser sans surveillance. Quoi qu'il en soit, le seul fait qu'un téléphone portable tombe dans la cuvette des toilettes ne peut pas être considéré comme une négligence grave. L'assureur n'a pas présenté d'éléments permettant de justifier son reproche. L'office de médiation a estimé que, s'il avait voulu éviter les dommages pouvant survenir lorsque l'on prend avec soi son téléphone portable aux toilettes, l'assureur aurait dû l'exprimer clairement dans les Conditions générales d'assurance (CGA). L'assureur s'est finalement rallié aux arguments de l'office de médiation et a remboursé le montant du dommage.

Assurances des bâtiments : responsabilités en cas de sous-assurance après l'incendie d'une maison / importance de l'assurance responsabilité professionnelle pour les courtiers en assurances

Dans le domaine des assurances des bâtiments privées, l'office de médiation a parfois été confronté à des divergences d'opinion complexes à hautes valeurs litigieuses. L'un des cas portait sur une maison qui avait entièrement brûlé. Le montant total des dégâts s'élevait à environ 1,5 million de francs. Après que le dommage avait été annoncé à l'assurance des bâtiments privée, celle-ci a invoqué la sous-assurance pour un montant d'environ CHF 400 000.-. En cas de sous-assurance, l'assureur n'est tenu de couvrir le dommage qu'à hauteur de la somme assurée à la valeur de remplacement (estimation haute).

Le propriétaire du bâtiment n'a pas accepté la position de l'assureur. Il a reproché à l'assureur de ne pas avoir adapté la somme assurée malgré l'envoi de la nouvelle évaluation du bâtiment plusieurs années plus tôt. En outre, il a reproché à son courtier en assurances de ne pas avoir pris correctement en charge le mandat qu'il lui avait confié environ une année après la nouvelle évaluation du bâtiment et bien avant la survenue du sinistre, et dont l'objet était de vérifier si la couverture d'assurance était toujours adaptée à la situation. Les parties ont rejeté toute coresponsabilité.

Après examen du dossier, le médiateur a conclu que, en premier lieu, le devoir de vérifier l'adéquation de la couverture d'assurance incombe au seul preneur d'assurance et non pas à l'assureur. Certes, le preneur d'assurance a informé l'assureur de la nouvelle évaluation. Mais l'envoi de l'évaluation sans explication ne peut pas avoir pour conséquence l'augmentation automatique de la somme assurée de CHF 400 000.-. Pour que la somme assurée puisse être augmentée, les deux parties doivent manifester leur volonté de façon concordante sur la nouvelle somme assurée et donc sur la nouvelle prime d'assurance.

Etant donné que l'assureur n'avait pas réagi après avoir reçu l'évaluation, l'assuré aurait dû demander une augmentation de la somme assurée de manière explicite. D'un point de vue strictement juridique, l'assureur n'aurait pas été contraint d'accepter une telle demande. Néanmoins, selon le médiateur, l'assureur se doit de respecter un devoir de loyauté envers les assurés. Etant donné que l'évaluation du bâtiment semblait indiquer une situation de sous-assurance, l'assureur aurait dû réagir après réception

des documents. Selon le médiateur, étant donné que l'assuré avait conclu un contrat de courtage avec un courtier en assurances environ une année après l'évaluation du bâtiment, le courtier était également responsable / coresponsable de la non-adaptation du contrat.

Suite à d'intenses négociations soutenues par l'office de médiation et après que les parties avaient renoncé à déterminer de manière définitive la responsabilité de chacun, un compromis a pu être trouvé. Aussi bien l'assureur que le courtier en assurances (ou son assurance de responsabilité professionnelle) se sont engagés à participer chacun à hauteur de 40% aux frais générés par la sous-assurance. L'assuré, pour sa part, a consenti à prendre en charge la part restante des frais, c'est-à-dire 20%. Cette décision a été motivée par le fait que l'assureur, sur recommandation du médiateur de régler l'ensemble du dommage, s'était également montré prêt à renoncer à une éventuelle réduction des prestations pour cause d'incendie par négligence sur l'ensemble du dommage, qui s'élevait à 1,5 million de francs. Ce cas montre bien l'importance d'une assurance de responsabilité professionnelle pour les courtiers en assurances. En l'absence d'une telle assurance, il n'aurait été possible ni de trouver une solution valable, ni d'indemniser le propriétaire du bâtiment de manière adéquate.

Vol de deux vélos : un ou deux sinistres ?

Dans le cadre de plaintes contre l'assureur vol, l'office de médiation a été confronté à la question de savoir si un seul sinistre ou deux sinistres avaient eu lieu. Cette question est pertinente non seulement du point de vue de la franchise, mais aussi du point de vue de la prestation d'assurance maximale pour le vol simple hors domicile. Un des cas concernait le vol de deux vélos coûteux sur le site de la même gare. Le montant du dommage s'élevait à environ CHF 18 500.-. L'assureur a versé une indemnisation de seulement CHF 10 000.-, parce que le contrat limitait la somme assurée pour le vol simple hors domicile à ce montant. Or, selon la personne assurée, il s'agissait de deux sinistres distincts, car deux vélos avaient été volés, deux rapports de police avaient été rédigés et deux plaintes avaient été déposées. A son avis, soit deux voleurs étaient impliqués, soit les vélos ont été volés l'un après l'autre.

Selon le médiateur, pour savoir s'il s'agissait d'un ou de deux sinistres, il fallait déterminer si le vol des deux vélos constituait un seul et même fait. Un seul et même fait peut s'étendre dans le temps et porter sur plusieurs objets. Le nombre de plaintes ou de rapports de police ou le fait de savoir si les deux vélos étaient attachés ensemble ou pas n'apportent aucune preuve permettant de déterminer s'il s'agissait d'un ou de plusieurs sinistres. Les rapports de police précisaient que les vélos avaient été volés au même endroit, le même jour et dans un intervalle maximum d'env. 35 minutes. Aucun indice ne donnait à penser que différents voleurs ou groupes de voleurs auraient été impliqués ou que les faits seraient survenus à différents moments. C'est pourquoi l'office de médiation n'a pas pu contester la position de l'assureur, selon laquelle il s'agissait d'un seul sinistre, qui donnait uniquement droit au versement de la somme d'assurance pour un seul sinistre.

Assurance responsabilité civile véhicule : l'auteur d'un dommage ne doit pas assumer les dommages déjà existants au moment de la survenance du dommage en question

A diverses reprises, nous avons dû expliquer au requérant que, lors du dédommagement par l'assureur responsabilité civile véhicule de la partie adverse, il doit prendre en charge les dommages antérieurs. Par exemple, si un pare-chocs, qui doit être remplacé à la suite d'une collision par l'arrière, a déjà été endommagé auparavant, les dommages antérieurs doivent être déduits du dédommagement. En d'autres termes, la plus-value donnée par la réparation doit être prise en considération dans le calcul

du dédommagement. Sinon, la personne lésée en tirerait un enrichissement économique. L'office de médiation a entendu l'argument de certains assurés, selon lequel cette plus-value ne leur était d'aucune utilité réelle. Toutefois, cet argument ne permettait pas de modifier la situation juridique, car la plus-value économique du véhicule, offerte par la réparation des dommages antérieurs, a également pour conséquence une augmentation de la valeur de revente.

Domaine des indemnités journalières en cas de maladie : l'assureur indemnités journalières est-il autorisé à suspendre ses prestations après qu'une personne assurée exerçant une activité indépendante a dû cesser cette activité et fermer son commerce à cause de la maladie assurée ?

Au cours de l'exercice en revue, nous avons été confrontés une fois de plus à un grand nombre de cas de maladies. Dans certains cas, nous avons pu contribuer à améliorer la situation (notamment financière) de la partie plaignante en intervenant auprès de l'assureur. L'un des cas pour lesquels la médiation a échoué concernait le propriétaire d'une boulangerie. Après le début de son incapacité de travail pour cause de maladie, il a reçu pendant plusieurs mois les indemnités journalières convenues. Lors d'une visite, l'assureur a constaté que l'assuré avait fermé sa boulangerie deux mois plus tôt. L'assureur indiqua alors à l'assuré que, conformément aux conditions contractuelles, les indemnités journalières doivent être suspendues à la suite d'une cessation de commerce, et a mis un terme aux versements à la fin du mois.

L'assureur n'a pas accepté l'objection de la personne assurée, selon laquelle la durée des indemnités journalières convenue était de 730 jours par cas de maladie et que sa boulangerie était toujours inscrite au registre du commerce. L'assureur a même avancé qu'il aurait pu, conformément aux conditions contractuelles, suspendre les prestations déjà deux mois plus tôt. Il a donc conseillé à l'assuré de résilier le contrat, ce qu'il a fait.

Quelques mois plus tard, l'assuré s'est tourné vers l'office de médiation. Ce dernier a fait remarquer à l'assureur que le preneur d'assurance n'avait pas été bien conseillé. D'une part, il lui a expliqué que, sur la base des termes du contrat, il aurait dû lui proposer un passage dans l'assurance individuelle. D'autre part, il lui a expliqué que le versement des indemnités journalières aurait dû se poursuivre. Il a ajouté qu'il était évident qu'en cas d'incapacité de travail complète due à une maladie, un petit entrepreneur assuré ne pouvait pas continuer son activité. D'après l'office de médiation, d'un point de vue systématique, la règle contractuelle mentionnée par l'assureur, selon laquelle le droit aux indemnités journalières s'éteindrait toujours lors de l'extinction de l'assurance, ne peut pas porter sur un abandon de la profession rendu nécessaire par la maladie. Cela serait contraire au but même de l'assurance. Quoi qu'il en soit, une clause dans ce sens serait considérée comme inhabituelle du point de vue de la jurisprudence et donc non valable.

L'assureur a refusé de trouver un compromis, même après d'intenses négociations, et a estimé que le contrat avait été résilié selon les souhaits de l'assuré. En outre, celui-ci aurait confirmé par écrit la cessation de son commerce / disparition du risque, et n'aurait exprimé aucune volonté de reprendre une activité professionnelle après son rétablissement. Aucune perte de revenu n'aurait donc été à déplorer. Selon le médiateur, la position de l'assureur n'était juridiquement pas valable. Après avoir adressé un préavis à l'assureur, il a conseillé à la partie plaignante, étant donné l'échec de la procédure de médiation, de faire appel à un avocat.

Assurances voyages : le nombre de cas a presque doublé en deux ans

Dans le secteur des assurances voyages, le nombre de cas a pratiquement doublé en l'espace de deux ans (de 120 à 232). L'Ombudsman estime que cette hausse

s'explique, d'une part, par la forte augmentation du nombre de cas d'annulation de voyage en raison de problèmes ou de maladies psychiques et, d'autre part, par des pratiques parfois très strictes en matière de remboursement de sinistres.

Dans l'idée de réduire la fréquence des divergences d'opinion au sujet d'annulations de voyage pour des questions psychiques, l'Ombudsman formule les recommandations suivantes à l'attention des assurés :

1. Immédiatement avant de réserver un voyage, les personnes souffrant d'une maladie psychique devraient, à des fins de preuve, faire confirmer par un psychiatre leur aptitude à voyager au moment de la réservation du voyage prévu. L'attestation médicale devrait en outre se référer au type de voyage (par ex. voyage en avion, vacances balnéaires, trek en haute montagne, etc.).

2. Si une dégradation aiguë et imprévisible des maux survient, l'assuré devrait consulter le médecin spécialiste concerné avant une éventuelle annulation de voyage, afin que celui-ci, si nécessaire, puisse établir une attestation d'incapacité de voyager avant ladite annulation (et si les conditions générales d'assurance l'exigent également : une attestation d'incapacité de travail). En règle générale, les assureurs n'acceptent pas les certificats médicaux rétroactifs.

3. Tout renseignement au sujet de la couverture d'assurance devrait être demandé non pas au médecin, mais exclusivement à l'assureur voyage. D'un point de vue juridique, les renseignements pris auprès du médecin traitant ne sont pas pertinents, sa compétence portant sur les questions médicales, et non sur l'appréciation de la couverture d'une assurance voyage.

L'Ombudsman formule la recommandation suivante à l'attention des assureurs voyages : Les exigences quant à la présentation en temps réel d'attestations d'incapacité de voyager pour cause de maladie devraient être posées en fonction de la situation. Cette recommandation vaut en particulier lorsque la consultation d'un médecin spécialiste immédiatement avant le début du voyage réservé s'avère pratiquement impossible ou extrêmement compliquée (pour des raisons de temps ou de lieu).

Conclusion en ligne d'assurances frais de guérison : des problèmes pour les hôtes étrangers

Pour la première fois en 2015, nous avons dû traiter des cas liés à la conclusion d'assurances en ligne. Dans l'un d'eux, une personne avait conclu une police pour son invité étranger directement sur le site Internet d'un assureur voyage. Pour ce faire, il a dû notamment indiquer la date d'entrée dans le pays et la date de début de la police. Au moment de la conclusion de l'assurance, le parent en question était déjà entré en Suisse plus de cinq jours auparavant. Reste que cela n'a pas empêché la conclusion directe de la police sur Internet, bien que l'assurance, conformément aux conditions contractuelles, ne soit valable que si elle est conclue au plus tard le cinquième jour à compter de l'arrivée en Suisse. L'hôte étranger a ensuite été victime d'un sinistre. L'assureur a refusé la prise en charge des frais de guérison demandée, invoquant le non-respect de la clause des cinq jours. L'office de médiation est alors intervenu auprès de l'assureur voyage. Nous lui avons fait remarquer que son site Internet permettait de conclure des polices qui ne sont pas valables selon les conditions contractuelles. Et d'ajouter que le problème résidait dans le fait d'avoir laissé croire à l'assuré qu'il avait conclu un contrat valable. Une fonction de blocage sur le site Internet aurait pu automatiquement empêcher la conclusion d'un contrat si l'écart entre la date de l'entrée en Suisse et celle du début de l'assurance saisies par l'assuré est supérieur à cinq jours.

La compagnie d'assurances, pour sa part, a fait valoir que son site Internet mentionne à plusieurs endroits le délai maximal de cinq jours depuis l'arrivée en Suisse comme condition de validité du contrat conclu. Ces renseignements n'étant toutefois visibles qu'en cliquant sur des fenêtres d'informations mises en évidence sur le site, l'Ombudsman a proposé d'intégrer la fonction de blocage susmentionnée dans le site Internet, ou tout au moins de faire apparaître les conditions de validité directement vers le champ de saisie de la date du début de l'assurance (donc sans devoir cliquer sur une fenêtre d'information mise en évidence). L'assureur voyage n'a donné aucune garantie à cet égard. Il s'est en revanche déclaré prêt à rembourser la prime d'assurance payée par carte de crédit lors de la conclusion en ligne.

Le secteur LAA et l'assurance militaire

Au cours de l'exercice sous revue, 559 demandes relatives au secteur LAA et à l'assurance militaire ont été adressées à l'office de médiation, c'est-à-dire 0,5% de plus qu'en 2014 (556). Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement de 480 (467), 49 (45) et 30 (44). En 2015 également, la majorité des cas provenaient de Suisse alémanique (85,9%). Les demandes de Suisse latine ont représenté 14,1%.

Au début de l'exercice 2015, nous avons adapté les motifs des plaintes saisis dans nos statistiques aux nouvelles réalités apparues au fil des ans. Dans le graphique de cette année, nous avons biffé les motifs qui ne sont plus indiqués (séparément), et mis en italique les nouveaux motifs saisis.

	Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
A	Obligation d'affiliation	20	(11)	1	(1)	2	(0)
	~~Début de l'affiliation~~		~~(1)~~		~~(0)~~		~~(0)~~
	~~Fin de l'affiliation~~		~~(4)~~		~~(2)~~		~~(0)~~
	Conclusion du contrat	10	(11)	0	(0)	0	(0)
	Primes	6	(12)	0	(0)	0	(1)
	~~Franchise~~		~~(0)~~		~~(0)~~		~~(0)~~
	Total	36	(39)	1	(3)	2	(1)
B	Prévention des accidents	3	(2)	0	(0)	0	(0)
	Traitement médical	117	(21)	9	(0)	7	(5)
	Moyens auxiliaires (nouvelle rubrique)	*8*	*()*	*0*	*()*	*0*	*()*
	~~Remboursement des frais~~		~~(65)~~		~~(4)~~		~~(3)~~
	Indemnités journalières	70	(60)	13	(4)	9	(11)
	Rente invalidité	15	(13)	3	(1)	0	(5)
	Indemnité atteinte à l'intégrité	2	(7)	1	(1)	0	(2)
	Causalité (nouvelle rubrique)	*68*	*()*	*4*	*()*	*3*	*()*
	Total	283	(168)	30	(10)	19	(26)
C	Réduction / refus de prestation	39	(151)	5	(27)	0	(2)
	Recours contre tiers responsable	1	(1)	0	(0)	0	(0)
	Total	40	(152)	5	(27)	0	(2)
D	Renseignements généraux / procédures	121	(108)	13	(5)	9	(15)
	Total	**480**	**(467)**	**49**	**(45)**	**30**	**(44)**

Chiffres 2014 entre parenthèses

Sur les 559 dossiers traités, 514 ont été directement réglés avec les requérants. L'office est intervenu dans 45 cas. Le résultat a été positif dans 20 des 37 cas liquidés. Dans 13 cas, l'intervention s'est soldée par un échec et 4 autres dossiers ont été classés comme « neutres ».

Les blessures sportives ne sont pas nécessairement des accidents au sens juridique

La notion d'accident au sens juridique du terme ne coïncide pas avec celle d'accident au sens général. Ainsi, en 2015 également, la survenance d'un accident au sens juridique ou l'existence de lésions corporelles assimilées à un accident étaient controversées dans plusieurs cas soumis à l'office de médiation. Il s'agissait souvent de blessures sportives. Concrètement, le médiateur a évalué le cas d'un assuré qui, en faisant du ski, avait sauté sur un tremplin, puis raté le *sweet spot*, c'est-à-dire le point d'atterrissage idéal. La bonne condition physique de cette personne lui a manifestement permis d'éviter la chute et, après l'atterrissage, de poursuivre sur le ski droit. Cependant, son corps a subi une compression suite à laquelle l'assuré a ressenti des douleurs au genou gauche.

En vertu de l'art. 4 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA), est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

Dans le cas susmentionné, comme pour beaucoup d'« accidents de sport », l'existence d'une cause extérieure extraordinaire était discutable. Il s'est agi d'examiner si le saut raté pouvait en être qualifié. A cet égard, il est important de relever que le caractère extraordinaire ne concerne pas les effets de la cause extérieure, mais la cause elle-même. Le fait que l'atterrissage sur le ski droit ait eu des conséquences graves et inattendues n'a donc pas d'incidence pour l'examen du caractère extraordinaire. La cause extérieure est considérée comme extraordinaire lorsqu'elle dépasse le cadre des événements et des situations quotidiens ou habituels (dans le domaine en question), en l'occurrence lorsqu'elle ne s'inscrit pas dans les schémas habituels du sport concerné. Cette question doit être appréciée au cas par cas et en fonction de critères objectifs.

L'élément constitutif de la cause extérieure extraordinaire peut également résulter d'un mouvement non coordonné ou d'un effort extraordinaire (en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé). S'agissant des mouvements du corps, un principe s'applique : l'exigence d'une incidence extérieure n'est remplie que si un phénomène extérieur a influencé de manière non programmée le déroulement naturel du mouvement.

En l'absence d'un événement particulier lors d'une blessure sportive, il n'y a pas d'accident au sens juridique. Il en va de même lorsqu'un exercice sportif ne se déroule pas de manière idéale, mais que le type d'exécution relève tout de même encore du cadre habituel. C'était le cas dans l'affaire soumise à l'appréciation de l'office de médiation. Il ne restait alors plus qu'à établir si une lésion corporelle assimilée à un accident était survenue. En effet, ces lésions sont assimilées à un accident même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur extraordinaire. Du fait qu'un rapport médical se faisait encore attendre, le résultat de l'examen de cette question n'était pas encore connu au moment de l'impression du présent rapport annuel. Sont considérées comme lésions corporelles assimilées à un accident les fractures, les déboîtements d'articulations, les déchirures du ménisque, les déchirures et les élongations de muscles, les déchirures de tendons, les lésions de ligaments et les lésions du tympan, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

Déclaration d'accident : l'importance des déclarations de la première heure

Lorsqu'il s'agit d'examiner s'il y a accident au sens juridique ou lésion corporelle assimilée à un accident, les « déclarations de la première heure », à savoir les indications données spontanément dans la déclaration d'accident LAA ou les questionnaires LAA, jouent un rôle prépondérant. En effet, on part du principe qu'une déclaration « de la première heure », notamment parce que les souvenirs sont encore frais, est la plupart du temps plus correcte que les explications ultérieures, éventuellement influencées par certaines réflexions.

Dans ce contexte, nous avons remarqué que, de manière générale, les formulaires standards des assureurs LAA, peut-être suite à nos recommandations répétées, prévoient maintenant nettement plus de place pour la déclaration d'accident. En outre, les formulaires portent fréquemment une mention invitant la personne assurée à exposer les faits en question de la manière la plus détaillée et complète possible, tout en restituant l'ensemble des impressions ressenties quant aux événements et aux circonstances concomitantes. Le formulaire d'une des compagnies d'assurances va même jusqu'à souligner que les ajouts ultérieurs ne pourront pas être pris en compte. Nous estimons toutefois qu'une telle démarche, par son caractère absolu, ne saurait être valable ou devrait être examinée au cas par cas. Enfin, les formulaires contiennent également souvent différentes questions complémentaires pertinentes, qui permettent à l'assuré de reconnaître quels renseignements sont importants pour l'assureur afin d'examiner son obligation d'indemniser. En fin de compte, l'office de médiation salue cette évolution réjouissante, qui permettra certainement d'éviter quelques problèmes dans la pratique.

Secteur de la prévoyance professionnelle

Le nombre de requêtes liées à la prévoyance professionnelle a reculé par rapport à 2014. Au cours de l'exercice sous revue, 74 (105) personnes se sont adressé à l'office de médiation ; leurs demandes portaient sur une fondation collective LPP d'un assureur vie suisse. S'y sont ajoutés 49 cas n'ayant pu être traités faute de compétence. Le médiateur a alors aiguillé les personnes concernées vers l'institution « LPP renseignements gratuits » ou vers leur assurance protection juridique.

Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
Conclusion du contrat	2	(3)	0	(2)	0	(2)
Etendue de la couverture	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Réticence	1	(1)	0	(0)	0	(0)
Rachat	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Règlement	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Changement d'institution de prévoyance	8	(3)	1	(2)	1	(2)
Libre passage	11	(16)	0	(0)	0	(0)
Anticipation des prestations	3	(4)	1	(1)	1	(1)
Saisie	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Impôts	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	3	(4)	0	(0)	0	(0)
Clause bénéficiaire	5	(1)	0	(0)	0	(0)
Réductions / refus	10	(24)	4	(6)	4	(6)
Informations générales	6	(9)	2	(5)	2	(5)
Prescription	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Retraite anticipée	0	(4)	0	(1)	0	(1)
Divorce	2	(1)	0	(0)	0	(0)
Salaire coordonné	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Procédure	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Avocat	2	(5)	0	(0)	0	(0)
Total	**63**	**(77)**	**8**	**(17)**	**3**	**(11)**

Chiffres 2014 entre parenthèses

Neuf cas ont donné lieu à des interventions. Sept d'entre eux se sont soldés par un résultat positif pour l'assuré, un par un résultat négatif et un neutre.

Pas de versement en espèces de l'avoir LPP en cas d'émigration vers un pays de l'UE ou de l'AELE

Une plainte en relation avec l'étranger nous a été soumise par une personne qui avait perdu son poste de travail en Suisse et, pour cette raison, souhaitait quitter la Suisse et retourner en Allemagne. Elle a donc demandé à l'assureur LPP le versement en espèces de son avoir de prévoyance professionnelle en raison de son départ de Suisse. La fondation collective LPP concernée lui a alors communiqué qu'un versement en espèces d'avoirs de prévoyance professionnelle en cas d'émigration vers un pays de l'UE ou de l'AELE n'est possible que dans le domaine surobligatoire.

L'office de médiation a dû informer le requérant que la position de l'assureur LPP ne pouvait être contestée. La Suisse a adopté le droit de l'Union européenne dans le cadre de l'Accord sur la libre circulation des personnes. Ainsi, le paiement en espèces de la partie obligatoire de l'avoir de prévoyance professionnelle en cas de départ à l'étranger n'est pas possible dans les conditions suivantes :

– le départ a lieu après le 31.05.2007 (à partir du 1.06.2009 pour un départ vers la Bulgarie ou la Roumanie) et

– le paiement en espèces concerne un avoir au titre de la prévoyance légale minimale (prévoyance obligatoire en vertu de la LPP) et

– le départ a lieu dans un pays de l'UE ou de l'AELE et

– la personne est assujettie dans le nouveau pays à l'assurance nationale obligatoire pour les prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Après le record de nombre de cas soumis en 2014 au bureau décentralisé de Suisse italienne sur ces dix dernières années, Me Caimi a vu les demandes retourner au niveau normal des années précédentes au cours de l'exercice 2015. Les cas qui lui ont été soumis se chiffrent à 298.

Le nombre de cas relevant de la compétence de l'office de médiation a reculé de 210 à 203 dans le domaine des assurances privées, de 44 à 30 dans celui de l'assurance accidents obligatoire et de 11 à 3 pour le secteur LPP. Parmi les cas soumis, 62 requêtes ne relevaient pas de la compétence du bureau décentralisé de Lugano, ce chiffre étant identique à celui de l'année précédente. Comme à l'accoutumée, la majorité des cas concernait l'assurance-maladie sociale (31) et des branches juridiques étrangères au droit des assurances (22).

Le nombre d'interventions en Suisse italienne est resté stable et a donné lieu à un résultat positif pour le requérant dans la majorité des cas (89%).

Les requêtes liées à l'assurance indemnités journalières de maladie sont restées en tête (58), suivies de celles des branches de la responsabilité civile (55 cas, dont 32 concernaient la RC auto et 23 la RC générale), du secteur vie individuelle (18) et de l'assurance accidents privée (5). Les requêtes dont le recul est le plus marqué, passant de 34 à 18, concernent les cas liés à l'assurance vie individuelle.

Sur le plan des problématiques abordées, tous secteurs confondus, les divergences les plus fréquentes concernaient la prestation d'assurance ou la liquidation du sinistre (85 cas), suivies des problèmes liés à la conclusion du contrat (16), à l'étendue de la couverture (11) et à la résiliation du contrat (13).

Les clients éprouvent souvent un sentiment d'injustice en cas de résiliation par l'assureur dans le cas d'un sinistre couvert selon l'art. 42 LCA

La plupart des requêtes liées à la conclusion du contrat et aux résiliations suite à un sinistre soumises à Me Caimi étaient issues des secteurs responsabilité civile auto, casco, assurance d'indemnités journalières, assurance bâtiments et ménage. Me Caimi a pu constater que les assurés jugent souvent injustes et déloyales les résiliations pour motifs « économiques » qui sont prononcées par l'assureur lorsqu'une police d'assurance n'est plus rentable en raison de la fréquence des sinistres. Ceci concerne notamment les cas où l'assuré n'est aucunement responsable de la survenue du sinistre (par ex. en cas de cambriolage ou de dommages dans le cadre de la casco partielle de l'assurance véhicules automobiles) ; il a ainsi le sentiment que sa propre assurance le « laisse tomber ».

Beaucoup d'assurés ont des difficultés à s'orienter dans le contexte de plus en plus complexe du droit des assurances

Plusieurs demandes (40 au total) soumises à Me Caimi avaient pour objet des informations générales et spécifiques quant à l'assurance et à la procédure. Une fois de plus, il s'avère que de nombreux assurés éprouvent des difficultés à s'orienter dans le labyrinthe complexe de l'univers des assurances. Ces personnes se montrent d'autant plus reconnaissantes vis-à-vis de notre institution et des renseignements avisés de Me Caimi, représentant de l'office de médiation pour la Suisse italienne, sur leurs droits et obligations.

Réticence lors de la conclusion du contrat – application du principe de causalité selon l'art. 6, al. 3 LCA lors de l'évaluation des conséquences juridiques en cas de réticence de la part du requérant

La révision partielle de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA) est entrée en

vigueur le 1er janvier 2006 déjà, soit il y a dix ans. La réglementation en vigueur depuis dans l'art. 6 LCA a permis d'atténuer la sévérité des conséquences juridiques par rapport à l'ancienne réglementation. En effet, en cas de réticence de la part de l'assuré, l'assureur ne peut plus résilier le contrat à titre rétroactif (« ex tunc »), mais seulement à partir de la date de la lettre de résiliation (« ex nunc »). D'autre part, l'obligation de l'assureur d'accorder sa prestation ne s'éteint plus pour l'ensemble des sinistres, mais seulement pour ceux qui sont déjà survenus lorsque le fait qui a été l'objet de la réticence a influé sur la survenance ou l'étendue du sinistre. L'application de ce principe dit « de causalité » selon l'al. 3 de cette disposition légale a donné lieu dans la pratique à des situations problématiques dans certains cas. Par exemple, on mentionnera le cas où le requérant a omis de mentionner des accidents antérieurs à la conclusion du contrat avec un assureur privé, alors que ce dernier l'avait expressément interrogé sur ce point dans la proposition d'assurance. Or on ne peut pas automatiquement conclure, sur la base d'accidents non professionnels antérieurs, que les faits importants qui se sont produits lors des accidents antérieurs sont importants quant à la survenance ou à l'étendue d'un accident de travail en cours de traitement.

Dans certains cas, les activités de médiation de l'Ombudsman ont visé à débloquer le traitement des sinistres

Certains cas soumis à Me Caimi étaient imputables à des malentendus entre les parties et / ou à des différends personnels entre l'assuré et l'employé en charge du dossier à l'interne, apparus dans le cadre du traitement du sinistre.

Dans ce genre de cas, le travail de l'office de médiation (qu'il s'agisse d'une intervention ou d'un conseil neutre) est en principe couronné de succès et particulièrement apprécié des assurés.

Retard de paiement des primes et ses conséquences, un sujet récurrent

Chaque année, un thème reste toujours d'actualité : la problématique des retards de paiement des primes et la suspension de l'obligation de l'assureur qui en découle à l'expiration du délai légal de quatorze jours suite à la sommation selon l'art. 20 de la LCA. Une fois de plus, Me Caimi se voit obligé de constater que les requérants sous-estiment souvent cette situation ou qu'ils suspendent le paiement de leurs primes en cas de litige avec l'assureur, ce qui peut avoir des conséquences extrêmement négatives par exemple dans le domaine de l'assurance bâtiment ou en cas de vol. Dans la pratique, il s'avère souvent difficile de faire comprendre aux requérants que la couverture d'assurance ne se réactive qu'à partir du moment où la prime arriérée a été acquittée avec les intérêts et les frais (et ceci uniquement pour l'avenir, mais pas pour la période de suspension de couverture). En conséquence de quoi, les assureurs n'entrent plus en matière pour les sinistres survenus pendant la période de suspension de la couverture d'assurance, même en cas de paiement à venir des primes.

Le secteur LAA

Dans le secteur LAA, la Suisse italienne a recensé un total de 30 cas au cours de l'exercice sous revue. La plupart des plaintes étaient liées aux prestations d'indemnités journalières et au traitement médical (16), ainsi qu'aux maladies professionnelles.

Accidents non professionnels : couverture d'assurance pour les salariés à temps partiel

Dans le secteur des accidents non professionnels, deux demandes concernaient des employés à temps partiel. L'un des cas concernait l'application de la bonne méthode pour calculer la durée moyenne de travail d'au moins 8 heures par semaine. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient de prendre en considération d'une part un laps de temps suffisant allant de 3 à 12 mois, et d'autre part les semaines

où l'employé a effectivement travaillé. Ce cas a été réglé sans que l'office de médiation ne doive intervenir ; en effet, la compagnie d'assurances a reconsidéré sa décision en faveur de l'assuré, après que ce dernier l'a recontactée, sur recommandation de Me Caimi.

En cas de travail irrégulier à temps partiel, l'employeur peut déduire du salaire la prime d'assurance des accidents non professionnels, même s'il ignore précisément le nombre moyen d'heures effectives de travail de son employé. A la fin de l'année, si le minimum de huit heures par semaine n'est pas atteint, l'employé n'est pas assuré et l'employeur lui remboursera le montant de la prime.

Ainsi, lorsqu'un employé est engagé pour un poste à temps partiel sans savoir si son temps de travail hebdomadaire se montera à un minimum de huit heures, il devrait contacter son assurance-maladie par courrier et exiger d'elle une prise de position motivée déterminant si, au vu des circonstances concrètes (afin d'éviter de payer les primes à double aux assureurs LAA et LAMal), il peut renoncer à sa couverture accident via l'assurance-maladie obligatoire. Et ceci pour les raisons suivantes : l'art. 8 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit d'une part que l'assureur maladie peut procéder à la suspension de l'assurance accidents lorsque l'assuré lui en fait la demande et apporte la preuve qu'il est entièrement assuré conformément à la LAA. Cela dit, le même article prévoit également que les accidents sont couverts en vertu de la LAMal dès que la couverture au sens de la LAA cesse totalement ou en partie.

Baisse des demandes liées à la prévoyance professionnelle (LPP)

En 2015, seuls 3 cas ont été traités dans le secteur de la prévoyance professionnelle (11 en 2014), dont l'un concernait des questions de libre passage et les deux autres la prestation d'assurance.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Le bureau décentralisé de Suisse romande a reçu un total de 404 demandes au cours de l'exercice 2015. Pour Me Olivier Subilia, représentant de l'office de médiation dans la partie francophone de la Suisse, il s'agit là de l'année où le nombre de cas soumis s'est révélé le plus bas depuis le début de son activité pour notre institution, en 2002. En comparaison avec 2006, année au cours de laquelle 665 demandes avaient été adressées au bureau décentralisé, le nombre de cas a reculé de plus d'un tiers. Le recul de la quantité de plaintes correspond à une tendance qui se dessine en Suisse romande depuis 2007.

Par rapport à l'exercice précédent, les demandes ont reculé de 12% avec 56 cas de moins (passant de 460 à 404). Les causes d'un tel recul sont difficiles à déterminer, mais Me Subilia tente malgré tout d'avancer quelques explications.

Le recul le plus marqué (et qui réjouit Me Subilia) concerne les plaintes sortant du domaine de compétence de l'office de médiation : seul un cinquième de toutes les demandes (soit 84 ; 98 en 2014). A titre de comparaison, en 2006, Me Subilia a reçu 174 demandes qui lui ont été adressées à tort. Depuis, ces chiffres ont baissé de plus de moitié. Sur ces 84 demandes sortant du domaine de compétence de l'Ombudsman, 51 concernaient l'assurance-maladie sociale et ont été transmises directement à l'Office de médiation de l'assurance-maladie.

Si Me Subilia a reçu certes moins de demandes, il n'a eu à gérer que très peu de cas hors de notre compétence que il n'a pas pu transmettre à l'office compétent.

Il en va de même pour la part élevée des cas issus de la catégorie « divers » (20 sur 84). Il s'agit souvent d'assurés qui s'adressent à l'office de médiation pour exprimer ce qu'ils ont sur le cœur et que Me Subilia adresse parfois aux services sociaux. Me Subilia espère que ces personnes y auront reçu le soutien nécessaire pour résoudre leurs problèmes, sachant que ces derniers n'avaient rien à voir avec des questions de droit des assurances privées ou sociales.

Secteur LAA

Les chiffres restent stables dans le secteur LAA : après un léger recul en 2014 (45 cas) par rapport à 2013 (49), les cas sont remontés à 49 en 2015. Parmi les quatre cas ayant nécessité une intervention, deux d'entre eux ont été couronnés de succès. Ces dernières années, Me Subilia avait connu des difficultés en matière de droit de l'assurance accidents, plus précisément en ce qui concerne la possibilité de la part de l'assureur de rendre une décision formelle, ce qui empêche ensuite l'office de médiation d'agir. En revanche, au cours de l'exercice 2015, il n'a pas été confronté à ce problème. D'après Me Subilia, en Suisse romande aussi, les assureurs LAA affiliés à notre Fondation se montrent désormais prêts à attendre avant de rendre une décision, afin que les assurés puissent s'adresser à l'Ombudsman si nécessaire.

Calcul des indemnités journalières LAA : même dans les cas les plus complexes, des négociations intensives sur des questions litigieuses peuvent s'avérer utiles pour trouver une solution à l'amiable

Dans un cas LAA, la Fondation est parvenue à ce qu'un assureur retire la décision qu'il avait rendue parallèlement à la procédure de médiation de l'Ombudsman, de sorte que Me Subilia soit en mesure de mener sa tâche à bien. Il s'agissait du calcul de la part de salaire assuré d'une personne touchée par une incapacité de gain et dont le revenu était bas, sachant qu'on pouvait penser que ce dernier allait augmenter à l'avenir. Une question déjà épineuse en soi, qui s'est

encore compliquée suite à des problèmes de coordination avec les assurances sociales impliquées. Cette procédure de médiation a donné du fil à retordre à Me Subilia, qui a été obligé d'intervenir à quatre reprises. Notons que ce cas est une exception : l'Ombdusman est un médiateur neutre et cherche à éviter d'agir en qualité d'avocat. Au final, cette procédure a été concluante. L'assuré s'est vu attribuer un salaire plus important et donc une prestation d'assurance plus élevée. Me Subilia a apprécié que, dans un cas comme celui-ci, l'assureur se soit déclaré prêt à poursuivre le dialogue pour trouver une solution satisfaisante pour les deux parties. Et ceci dans l'intérêt commun d'un accord à l'amiable et nonobstant la durée des discussions et les points de vue divergents.

Secteur LPP – des questions d'interprétation complexes

Dans le domaine de la prévoyance professionnelle, seules huit plaintes ont été adressées au bureau décentralisé, dont une qui a donné lieu à une intervention. Là encore, il s'agissait de résoudre des questions épineuses de coordination. Plus précisément, les divergences concernaient l'interprétation du règlement de prévoyance régissant les prestations de l'époux ou de l'ex-époux survivant. Le règlement ne prévoyait pas le cas de figure où le divorce des époux survient après leur départ à la retraite ainsi que le fait qu'après le décès de l'ex-conjoint, l'AVS doit coordonner les prestations de vieillesse avec celles de la veuve divorcée. En bref, un cas complexe juridiquement parlant, qui a pu être résolu grâce à l'intervention de l'office de médiation et qui a connu un dénouement positif pour la requérante.

Secteur de l'assurance privée : les plaintes liées à l'assurance perte de gain sont particulièrement conflictuelles pour les assurés

Dans le secteur de l'assurance privée, à l'image des années précédentes, Me Subilia a traité des cas relevant essentiellement des assurances indemnités journalières en cas de maladie (59 cas) et des assurances vie (44 cas). L'importance économique de ce genre d'assurances est souvent considérable, étant donné qu'en cas de sinistre, la prestation d'assurance représente souvent la totalité ou une grande partie du revenu de l'assuré. Si une rente de survivant ou des prestations en cas de perte de gain ou de demande de prestations vieillesse sont refusées, les assurés se retrouvent souvent dans des situations particulièrement éprouvantes en raison de l'absence de leur revenu. Et ceci indépendamment du fait que l'on approuve ou non l'obligation de l'assureur d'allouer une prestation. Par rapport à d'autres domaines, les plaintes dans le secteur des assurances de personnes sont donc souvent très conflictuelles, sans pour autant qu'il s'agisse du domaine ayant entraîné le plus d'interventions.

Assurance vie individuelle : des négociations difficiles avec les assurés qui, plutôt qu'un service neutre de médiation, recherchent une défense unilatérale de leur point de vue

Dans le secteur de l'assurance vie individuelle, seule une demande issue de Suisse romande a donné lieu à une intervention, qui s'est soldée par un succès. Malheureusement, Me Subilia doit constater une tendance dans ce secteur : les personnes qui le contactent le font à la condition expresse que son examen du cas soumis aille exclusivement dans le sens de l'assuré. D'où des échanges parfois houleux avec les requérants. L'indépendance de Me Subilia a été remise en cause avec véhémence dans les cas où sa réponse ne correspondait pas aux aspirations de l'assuré. Me Subilia tient à souligner que la procédure de médiation de l'Ombudsman exige une attitude neutre vis-à-vis des deux parties, et ce afin d'être à même de juger les cas soumis sans prendre parti pour l'une ou pour l'autre.

Parfois, de petites sommes en jeu ou des questions secondaires à première vue dans le traitement des cas s'avèrent très

chronophages et conflictuelles

Quelques cas soumis à Me Subilia concernaient des points qui, pour beaucoup d'assurés, auraient pu sembler insignifiants ou secondaires. D'où la question qui se pose a posteriori : comment et pourquoi une divergence entre assuré et assureur peut-elle survenir dans ce genre de cas ? Me Subilia cite l'exemple d'une personne qui a mis une maison de vacances à l'étranger en location et souscrit une assurance dommages des tiers pour couvrir les dégâts de ses locataires. Dans ce cas concret, la somme en jeu se montait à EUR 45.- et concernait le remplacement d'un canapé complètement abîmé. L'objet de la réclamation visait uniquement le refus de l'assurance de prendre en charge les frais de livraison du nouveau canapé, alors que l'assureur avait garanti un dédommagement de la valeur à neuf du canapé d'un montant d'environ EUR 1550.- (déduction faite de la franchise de EUR 200.-).

En matière de recours à l'office de médiation, il n'y a pas de valeur litigieuse minimale. Ce cas a été traité comme d'habitude afin de clarifier les questions juridiques ouvertes. Après avoir constitué un dossier complet, Me Subilia a contacté l'assureur, qui, de son côté, a effectué un examen à l'interne de la question afin d'élaborer une prise de position. Suite à sa réévaluation du cas, l'assureur s'est déclaré prêt à prendre en charge les frais de EUR 45.- réclamés par le requérant.

Me Subilia souhaiterait achever son rapport sur une note positive et mentionner un dernier cas où un assureur a donné suite aux revendications du requérant. Et dans ce cas concret, non pas parce qu'une lecture attentive des CGA le justifiait, mais, au contraire, parce que les conditions générales étaient formulées de manière trop imprécise pour refuser une prestation. Nous sommes là bien loin des légendaires « petits caractères en bas de page » qui permettent parfois de refuser toute prestation, et cet assureur a contribué par son geste à donner à sa branche une image positive en matière de *fair-play*.

Autres activités

Au printemps 2015, un article rédigé par l'Ombudsman a été publié dans le tome 10 de la série « Versicherungen in Wissenschaft und Praxis » (Assurances : sciences et pratique) ; il était consacré à des problèmes courants liés aux conclusions de contrats et significatifs pour l'office de médiation.

L'Ombudsman s'est également exprimé sur des questions touchant au droit des assurances dans le cadre de ses différents contacts avec les médias (radio et presse écrite), une activité essentielle qui permet d'augmenter la notoriété de l'office de médiation, tout en facilitant l'accès du public à notre prestation neutre et gratuite pour les assurés.

Deux échanges organisés entre l'Ombudsman et la FINMA ont permis d'aborder des questions concernant aussi bien l'office de médiation que l'autorité de surveillance des marchés financiers. Par ailleurs, une rencontre entre l'Ombudsman, le responsable du service juridique du Département fédéral des finances (DFF) et l'Ombudsman des banques suisses a donné lieu à de nouvelles discussions approfondies sur le plan pratique concernant la version définitive du texte de loi sur les offices de médiation en cours de préparation pour le message du Conseil fédéral sur la LSFin.

Dans le cadre de ses contacts internationaux, le médiateur a participé à la conférence annuelle de l'« International Network of Financial Services Ombudsman Schemes ». A titre d'observateur, il a également pris part à deux rassemblements FIN-NET (Financial Services complaint net) de l'Union européenne. Lors de l'un de ces rassemblements, il a pu intervenir pour représenter notre institution au cours d'un échange avec une juriste expérimentée (intervenante) de l'office allemand de médiation des assurances ; il a ainsi abordé des questions importantes liées à la médiation en cas de plaintes contre les assureurs de personnes.

Au cours de l'exercice sous revue, l'Ombudsman a eu par ailleurs plusieurs contacts directs avec les membres de la direction des compagnies d'assurances, ainsi que des entrevues avec les interlocuteurs dans les compagnies affiliées à l'office de médiation. Ces entretiens réguliers permettent de clarifier des questions essentielles ne relevant pas des affaires courantes.

Changements au sein du Conseil de Fondation

Au cours de l'exercice sous revue, le Conseil de Fondation a vu démissionner deux de ses membres après de longues années de bons et loyaux services : le vice-président Fulvio Caccia en mars 2015, après vingt années en fonction, et Alfred Leu, représentant de la branche de l'Association Suisse d'Assurances (ASA), après neuf années d'activité, en décembre 2015.

Les deux membres démissionnaires du Conseil de Fondation ont durablement marqué le développement de la Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la suva, faisant preuve d'un engagement actif en faveur des intérêts de la Fondation et de son indépendance. Nous adressons nos remerciements les plus sincères à Messieurs Fulvio Caccia et Alfred Leu pour leurs précieux services, ainsi que nos meilleurs vœux pour leur avenir.

Pour succéder à Fulvio Caccia, le Conseil de Fondation a élu en son sein l'ancienne présidente du Conseil national Chiara Simoneschi-Cortesi en mars 2015, tout en nommant la conseillère nationale Silva Semadeni vice-présidente du Conseil de Fondation.

Par ailleurs, au 1er janvier 2016, le Conseil de Fondation a élu Monsieur Philippe Hebeisen en tant que nouveau représentant de la branche de l'ASA.

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le Président

Rolf Schweiger

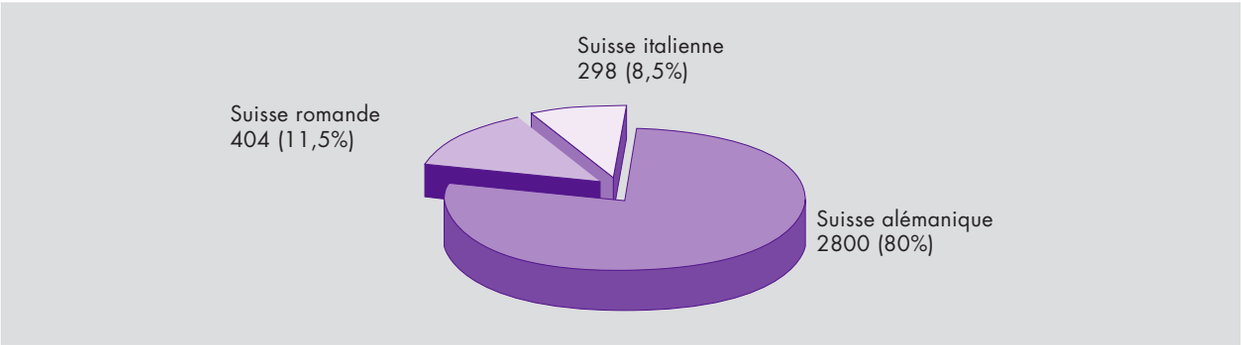
L'Ombudsman

Martin Lorenzon

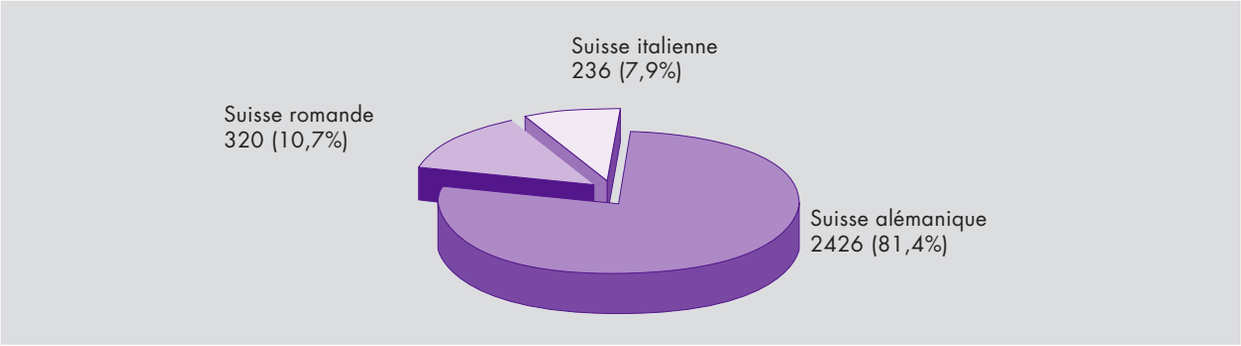
Zurich, mars 2016

Les statistiques 2015

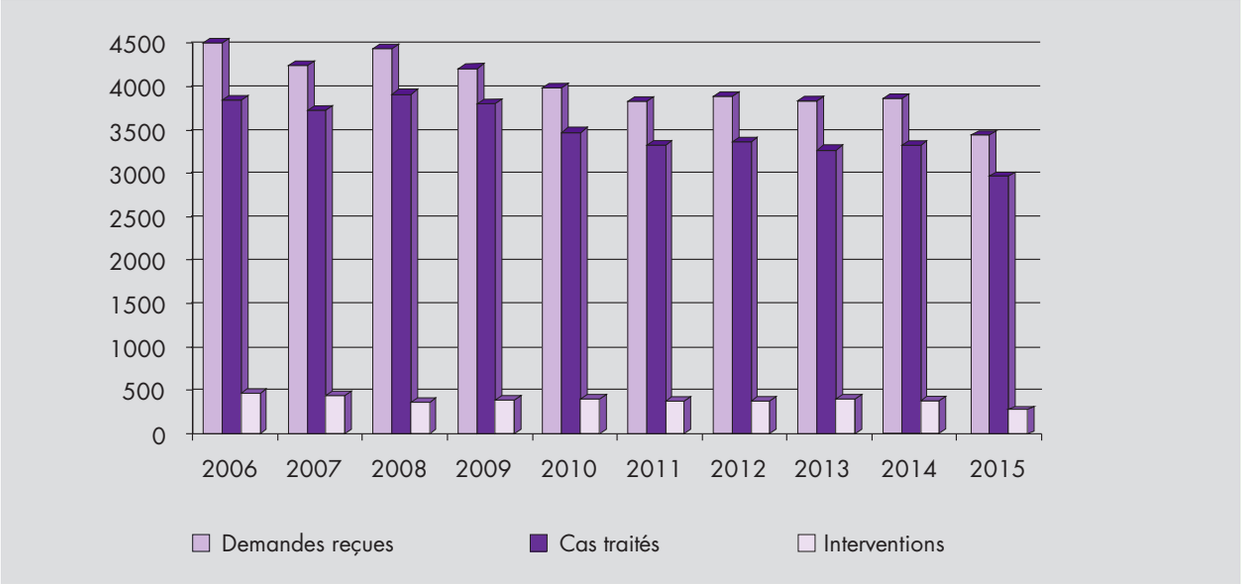
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2006 à 2015



Sociétés affiliées de A à Z

(état au mars 2016)

ACE Assurances
AIG Europe
AIG Life
Alba (act. Helvetia)
Allianz Global Assistance (anc. Elvia, Mondial Assistance)
Allianz Suisse (incl. Ex-Bernoise, Ex-Elvia)
Allianz Suisse Vie
Animalia
Appenzeller Versicherungen
Aspecta
Assista Protection juridique SA (anc. Assista TCS SA)
Assurances des Médecins suisses
Assurance des métiers Suisse
Assurance Militaire SuvaCare
AXA ARAG (anc. Winterthur ARAG)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Vie
Bâloise Compagnie d'Assurances
Bâloise Vie
CAP Protection juridique
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire
Chubb Insurance Company SA
Coop Protection juridique
CSS Assurance SA (assurance-maladie exceptée)
DAS
Dextra
Elvia Ass. Voyages (act. Allianz Global Assistance)
Emmental Assurance
Epona
Européenne Assurances Voyages SA
Fortuna Protection juridique
GAN
Generali
Generali Assurance 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-Nationale Suisse, Ex-Alba, Ex-Phenix)
Helvetia Vie
Hotela (accident seulement: LAA obligatoire, complémentaires LAA facultatives, LCA individuelle, assurance indemnités journ. maladie LCA)
Império
Innova
Inter Partner Assistance
La Mobilière
La Mobilière Vie
Mannheimer
Mondial Assistance (act. Allianz Global Assistance)
Mutuel Assurances SA (assurance-maladie exceptée)
Nationale Suisse (act. Helvetia)
Nationale Suisse Vie (act. Helvetia Assurance 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 assurances (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
XL Inscurance Company SE
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