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

Rapport annuel 2018

46e édition

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 ainsi que pour les contrats de prêts hypothécaires liés à un logement dans lequel l'emprunteur réside lui-même.

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
Silva Semadeni, conseillère nationale, Coire, vice-présidente
Andrea Geissbühler, conseillère nationale, Bäriswil
Philippe Hebeisen, CEO Vaudoise Assurances, Pully
Petra Huwiler, directrice Suva, Root (à partir du 1 avril 2019)
Francis Matthey, ancien conseiller d'Etat et ancien conseiller national, La Chaux-de-Fonds
Thomas Mäder, directeur Suva, Root (jusqu'au 31 décembre 2018)
Chiara Simoneschi-Cortesi, ancienne présidente du Conseil national, Comano
Daniela Schneeberger, conseillère nationale, Thürnen

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 (jusqu'au 31 janvier 2019)
Avv. Marco Cereghetti (à partir du 1 février 2019)

Avant-propos

Chères lectrices, chers lecteurs,

Publié une fois par année, le rapport de notre office de médiation vise avant tout à présenter les questions suivantes au public le plus large qui soit :

- À quelle fréquence les requérants ont-ils recours aux prestations gratuites et neutres de notre institution ?
- Quelles demandes nous ont été soumises ?
- En matière de relations clientèle entre assureurs et assurés, quelles problématiques tiennent le haut du pavé et sont par conséquent susceptibles d'intéresser bon nombre de lecteurs ?
- Comment travaillons-nous, en notre qualité d'office de médiation ?
- Quel est le point de vue de l'office de médiation sur les questions importantes à nos yeux ?
- Comment fonctionne la collaboration avec les compagnies d'assurances ?

En principe, l'office de médiation ne parle guère des développements généraux spécifiques à la branche qui se répercutent positivement sur les relations avec la clientèle.

Je tiens par conséquent à adresser mes félicitations amplement méritées au secteur de l'assurance pour la mise en place réussie de « Cicero », le système de certification du secteur suisse des assurances.

Les compétences spécialisées des conseillers en assurance dépendent fortement des mises à jour des connaissances. D'où la nécessité de toujours mettre ses connaissances à niveau grâce à la formation continue. Cicero permet de documenter les performances atteintes en matière d'apprentissage et de formation dans le profil Cicero personnel des intermédiaires d'assurance. Le label « conseiller en assurance certifié Cicero » n'est décerné qu'aux personnes au bénéfice d'une formation de base solide (par ex. aux intermédiaires d'assurance AFA) qui s'engagent à engranger tous les deux ans un minimum de 60 crédits Cicero en suivant des offres de formations accréditées.

Le secteur des assurances poursuit ainsi une stratégie de promotion de la formation continue, de manière à optimiser les compétences de conseil.
La satisfaction des attentes de la branche qui en découle vis-à-vis des intermédiaires d'assurance influe durablement sur la culture du conseil et sur la qualité de ce dernier – et ceci dans l'intérêt du client. À cet égard, le secteur des assurances a une longueur d'avance sur ses concurrents de la branche des finances.

Je vous souhaite une agréable lecture du rapport annuel 2018. J'en profite également pour remercier les assurés et les compagnies d'assurances pour la confiance qu'ils accordent à notre institution. Enfin, je remercie les collaborateurs de l'office de médiation pour leur engagement dans l'intérêt des parties afin de résoudre les points litigieux à l'amiable.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Fondation
Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Résumé du rapport annuel 2018

Au cours de l'exercice 2018, le nombre de demandes et de plaintes relevant du champ de compétence de l'office de médiation a reculé, passant de 3370 à 3192 (-5,3%).

Dans 2849 cas, le problème a pu être réglé sans intervention auprès de l'assureur, directement avec l'assuré ou le requérant. Sur la base des demandes écrites soumises à l'office de médiation, 343 requêtes sur 1406 ont donné lieu à une intervention auprès de l'assureur concerné, ce qui correspond à un taux d'intervention de 24,4%. Parmi elles, 94% ont pu être réglées avant la fin de l'année, avec un taux de réussite de 67,9%. Dans les interventions réalisées, la valeur litigieuse la plus élevée a atteint environ CHF 0,6 million, la moins élevée CHF 47.–.

Comme les années précédentes, les requêtes dans le domaine des assurances de personnes ont constitué la part la plus importante de l'activité de l'office de médiation, avec 53,5% des cas. Au cours de l'exercice sous revue, nous avons été passablement occupés par de nombreux cas liés à la responsabilité civile privée et à la protection juridique, souvent très chargés émotionnellement parlant, en raison des litiges sous-jacents entre particuliers qui les caractérisent. Dans ce genre de cas, il s'avère souvent très compliqué de désamorcer le conflit et de trouver des solutions à l'amiable.

Pour la première fois, l'office de médiation s'est attelé à un cas où, dans le cadre d'un renouvellement de produit, un assureur ménage a tenté d'imposer une modification unilatérale de contrat, sans en avoir le droit et contre la volonté de l'assuré ; l'assureur ne s'est par ailleurs montré aucunement disposé à respecter le contrat en vigueur jusqu'au prochain délai de résiliation.

Le secteur de l'assurance voyage a affiché un recul significatif des cas de 28% (de 225 à 162). Cela étant, nous avons assisté à une augmentation des cas où le point litigieux concernait la question suivante : quels coûts un assureur voyage doit-il prendre en charge dans le cadre d'une urgence médicale ?

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2018
Evolution du nombre de cas 1
Demandes et plaintes ventilées par branches 2
Branches principales des 5 dernières années 3
Ventilation des demandes selon leur provenance 3
– Ventilation selon le sexe ou autres critères 3
– Ventilation en fonction des régions linguistiques 3
Interventions 4
– Taux d'interventions 4
– Interventions par branche / secteur 5
– Taux de succès lors des interventions 6

Collaboration avec les compagnies d'assurances 7

L'activité de l'office de médiation dans les diverses branches
Le secteur des assurances privées 8
– Secteur vie 8
– Secteur non-vie 9
Secteur LAA et assurance militaire 15
Secteur de la prévoyance professionnelle 18

Les bureaux décentralisés
Bureau décentralisé de Suisse italienne 20
Bureau décentralisé de Suisse romande 24

Autres activités 27

Changements au sein du conseil de fondation 28

Les statistiques 2018
Statistique par régions : demandes reçues 29
Statistique par régions : cas traités 29
Activité de 2008 à 2018 29

Sociétés affiliées 30

Aperçu de l'exercice 2018

Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2018, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'office de médiation s'est monté à 3565 (3804 en 2017).

Total des demandes				3565	(3804)
De notre compétence				3192	(3370)
Cas réglés directement	• par téléphone	1786	(1831)		
	• par écrit	1063	(1160)	2849	(2991)
Interventions				343	(379)

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Le nombre de cas relevant de notre compétence a reculé de 5,3%, passant de 3370 à 3192. Après la forte augmentation de 16,6% enregistrée en 2016, cette évolution reste dans le cadre des fluctuations habituelles. En comparant les cinq derniers exercices, il s'agit du deuxième nombre de cas le moins élevé depuis 2014.

Le nombre de demandes sortant de la sphère de compétence de l'office de médiation a reculé, passant de 434 à 373. La plupart d'entre elles concernaient des problèmes liés à des caisses-maladie, dont le traitement relève de la compétence de l'Ombudsman de l'assurance-maladie, à des assurances sociales, à des assurances cantonales et étrangères, mais également à des institutions LPP autonomes.

Le nombre de demandes relatives à des assureurs privés qui n'étaient pas encore affiliés à notre fondation se monte à 41. L'activité de notre office de médiation recouvre par conséquent environ 99% des affaires des assureurs privés (à l'exception des caisses-maladie) avec les clients de détail.

Demandes et plaintes ventilées par branche

Branche	**2018**	A	B	C	D	2017
Accidents (privé)	**44**	7	2	27	8	33
Animaux	**12**	3	1	8	0	17
Bâtiments/bris de glace	**49**	15	4	25	5	66
Bijoux	**2**	0	1	1	0	1
Casco	**184**	23	21	85	55	107
Cautionnement	**3**	2	1	0	0	3
Chômage	**0**	0	0	0	0	1
Dégâts d'eau	**74**	11	1	52	10	45
Garantie	**5**	0	0	1	4	4
Garantie de crédit	**6**	2	0	1	3	16
Hypothèque	**6**	1	1	1	3	nouveau
Incendie et éléments naturels	**28**	4	1	19	4	28
LAA	**694**	26	12	469	187	718
LPP	**72**	19	7	22	24	91
Machines	**0**	0	0	0	0	0
Maladie	**649**	121	53	332	143	654
Ménage	**99**	35	24	28	12	98
Protection juridique	**309**	41	43	140	85	293
RC véhicules automobiles	**238**	31	45	129	33	277
Responsabilité civile	**243**	31	14	160	38	227
Téléphone mobile	**12**	0	0	1	11	85
Transport	**2**	1	0	0	1	5
Vol	**48**	7	3	33	5	58
Vie	**251**	103	12	79	57	318
Voyages	**162**	14	5	110	33	225
Total	**3192**	**497**	**251**	**1723**	**721**	**3370**

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 cinq dernières années

Branche	**2018**	2017	2016	2015	2014
LAA	**694**	718	709	559	556
Maladie	**649**	654	621	533	571
Protection juridique	**309**	293	328	283	304
Vie	**251**	318	298	279	326
RC auto	**238**	277	295	234	263
RC générale	**243**	227	235	207	257
Assurance voyages	**162**	225	234	232	212

Ventilation des demandes selon leur provenance

Ventilation selon le sexe ou autres critères

Se sont adressé à l'office de médiation en 2018 :

Hommes	1965	(2056)
Femmes	1414	(1551)
Entreprises, autorités et organisations	186	(197)

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2018	2017	Différence
Suisse alémanique	2810	3046	– 236
Suisse romande	413	433	– 20
Suisse italienne	342	325	+ 17
Total	**3565**	**3804**	**– 239**

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2018	2017	Différence
Suisse alémanique	2558	2731	– 173
Suisse romande	362	374	– 12
Suisse italienne	272	265	+ 7
Total	**3192**	**3370**	**– 178**

Le recul du nombre de cas relevant de la compétence de l'Ombudsman, passés de 3370 à 3192 (-5,3%), concerne aussi bien le siège principal de l'office de médiation à Zurich (-6,3%) que le bureau décentralisé de Lausanne (-3,2%). Au bureau décentralisé de Lugano, en revanche, le nombre de cas a augmenté de 2,6%.

Interventions

Le nombre total d'interventions a baissé, passant de 379 à 343, avec une politique d'intervention inchangée. Les interventions multiples dans le cadre d'une même plainte apparaissent dans le tableau ci-dessous comme une seule intervention.

	2018	2017	Différence
Suisse alémanique	303	327	– 24
Suisse romande	30	40	– 10
Suisse italienne	10	12	– 2
Total	**343***	**379**	**– 36**

*Dont 324 (94%) liquidées à fin 2018.

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

Assurance privée	24,30%	(24,73%)
Assurance accidents obligatoire (LAA)	24,55%	(26,35%)
Fondations collectives LPP	25,53%	(7,89%)

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Le nombre de cas ayant nécessité plusieurs interventions a diminué par rapport à l'exercice précédent, passant de 69 (18,2%) à 53 (15,4%).

Interventions par branche / secteur

Branche / secteur	sans interv.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	Total
RC auto	207	29	1	1	31
Chômage	0				0
Ménage	89	8	2		10
Tél. mobile	12				0
Vol	35	10	2	1	13
Eléments naturels	15	4			4
Incendie	7	1	1		2
Casco	160	21	3		24
Bâtiments	41	5			5
Bris de glace	2	1			1
Garantie	5				0
Resp. civile	225	17	1		18
Maladie	596	43	7	3	53
Cautionnement	1	2			2
Garantie de crédit	5		1		1
Hypothèque	6				0
Vie	219	24	8		32
Machines	0				0
Voyages	137	19	6		25
Protect. juridique	279	28	2		30
Bijoux	2				0
Transport	2				0
Animaux	12				0
Accidents (privé)	38	6			6
Dégâts d'eau	69	5			5
LAA	625	57	12		69
LPP	60	10	2		12
Total	**2849**	**290**	**48**	**5**	**343**

Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 324 (364) interventions clôturées à fin 2018 a été positif dans 220 cas (241) et négatif dans 96 cas (113). Dans 8 cas (10), le résultat a été enregistré comme neutre.

Par conséquent, le taux de succès lors des interventions a atteint 67,9% (66,2%).

Nous qualifions un résultat de positif lorsque la prise de contact avec l'assureur (=intervention) entraîne une amélioration de la situation dans laquelle se trouve le requérant.

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 devenu sans objet car la réponse positive de l'assureur et l'intervention se sont croisées.

Le résultat est considéré comme négatif lorsque l'intervention n'a pas permis d'améliorer la situation du requérant.

Dans la grande majorité des cas où l'assureur ne s'est montré que partiellement conciliant, voire pas conciliant du tout, l'office de médiation a compris les motifs exposés par l'assureur après lui avoir demandé sa position. Seuls quelques cas ont amené le médiateur à recommander au requérant de faire appel à un avocat. À noter que le médiateur n'émet cette recommandation qu'après avoir âprement négocié et non sans avoir avisé l'assureur des conséquences au cas où ce dernier maintiendrait sa position de refus.

Collaboration avec les compagnies d'assurances

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

Le succès de la collaboration avec la plupart des compagnies d'assurances dépend essentiellement des interlocuteurs directs du médiateur auprès des assureurs. Ceux-ci ont en règle générale procédé systématiquement à un examen sérieux de nos interventions. Les problèmes isolés rencontrés dans le cadre de la collaboration ont pour la plupart été rapidement réglés. Dans la majorité des cas, les prises de position des compagnies d'assurances se sont avérées de bonne qualité, probantes et basées sur un examen sérieux.

Seules quelques situations particulières ont engendré une insatisfaction au niveau de la collaboration. Notamment lorsque les arguments que le médiateur considérait comme essentiels n'ont pas été pris en compte, ou que les prises de position ont été émises de façon trop schématique. L'office de médiation a alors réitéré son intervention.

La dimension de plus en plus internationale des demandes a parfois engendré des difficultés dans la collaboration entre l'office de médiation et les assureurs. L'un de ces cas concerne un assureur suisse qui a externalisé le traitement des sinistres et des interventions à une entreprise d'assistance étrangère appartenant au même groupe d'assurance. Après avoir reçu notre intervention, cette entreprise étrangère a adressé au requérant un refus identique à celui ayant fait l'objet de la plainte au médiateur, au lieu de rédiger une prise de position à l'intention de l'Ombudsman. Un entretien personnel s'est alors imposé afin de préciser les modalités de notre procédure de médiation.

La durée de traitement des dossiers par les assureurs reste inchangée. Elle se monte en moyenne à deux à quatre semaines, quatre à six semaines dans le domaine des assurances de personnes. La durée de traitement moyenne a toutefois atteint huit à douze semaines chez certains assureurs LAA. L'office de médiation juge un tel délai trop long lorsque le dossier d'assurance doit encore être soumis au service du médecin-conseil.

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

Le secteur des assurances privées

Secteur vie

Au cours de l'exercice 2018, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a fortement diminué (de 318 à 251). 32 cas (41) ont donné lieu à une intervention. L'issue a été positive dans 60% d'entre eux, améliorant globalement la situation du requérant.

Comme les années précédentes, les demandes qui nous ont été soumises concernaient fréquemment le pilier 3a, les valeurs de rachat en cas de résiliation anticipée de polices d'assurance vie avec composante épargne, ainsi que les litiges liés aux prestations en cas d'incapacité de gain.

Question juridique de principe / début du délai de prescription pour le versement du capital de prévoyance d'une police du pilier 3a en cas de résiliation anticipée

En notre qualité d'office de médiation, nous avons dû occasionnellement nous pencher sur des questions juridiques de principe, qui peuvent s'avérer déterminantes pour la pratique, mais sur lesquelles le Tribunal fédéral ne s'est pas encore prononcé.

Dans l'un de ces cas, un assureur vie a résilié en 2014 une police du pilier 3a conclue en 2007 après avoir constaté, dans le cadre d'un examen des prestations après une opération, que l'assurée avait commis une réticence lors de la conclusion du contrat. Jugeant la valeur de rachat de 3800.- proposée après la résiliation trop faible, l'assurée l'a refusée. En dépit de cette divergence non résolue, l'assurée n'a rien entrepris pendant une longue période. Ce n'est qu'en 2018 qu'elle a demandé de plus amples renseignements auprès de son assureur. Ce dernier lui a alors transmis une documentation détaillée. Dans le courrier envoyé à cette occasion, l'assureur lui a fait remarquer qu'en vertu de l'art. 46 LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance), les créances dérivant d'un contrat d'assurance privé se prescrivent par deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation, et a invoqué par la même occasion la prescription.

Dans notre intervention, nous avons émis des doutes quant à la question de savoir si la prétention à la valeur de rachat était effectivement soumise à la prescription de deux ans selon l'art. 46 LCA. Certes, la LCA s'applique fondamentalement aussi à la prévoyance liée, mais des dispositions différentes peuvent découler de la LPP. Le pilier 3a est également considéré comme une prévoyance professionnelle facultative qui complète le deuxième pilier. Des secteurs importants du pilier 3a sont par conséquent soumis (notamment dans la jurisprudence) à la même réglementation que le deuxième pilier (voir ATF 9C_457/2014, E. 3.2). Cela dit, pour ce qui concerne le deuxième pilier, le droit à la prestation de libre passage ne se prescrit pas tant que subsiste l'obligation de maintenir la prévoyance (ATF 127 V 315). Pour le pilier 3a également, le capital payé sert irrévocablement à la prévoyance, exception faite de quelques situations de retrait anticipé. Ce capital ne peut donc pas être directement versé aux assurés, mais sur un compte 3a. Nous avons donc proposé une application analogue aux règles régissant les prestations de libre passage, selon lesquelles le délai de prescription ne commencerait à courir que lorsque les avoirs de prévoyance peuvent être retirés.

Sans fournir de plus amples explications, l'assureur a informé l'office de médiation qu'il ne partageait pas nos raisonnements juridiques et qu'il s'en tenait à la prescription. Malgré tout, il s'est déclaré prêt à payer la valeur de rachat communiquée il y a plusieurs années, à titre non préjudiciel et sans pour autant reconnaître l'existence d'une obligation juridique.

Nous avons donc expliqué à l'assurée qu'il n'y avait à notre connaissance pas de décisions de justice ou de doctrine concernant le point litigieux de la prescription susceptibles de confirmer la position juridique que nous avons

adoptée. L'assurée a donc accepté l'accord proposé par l'assureur, notamment afin d'éviter un procès, et bien qu'elle reste d'avis que la valeur de rachat proposée était trop basse.

L'Ombudsman conseille aux assureurs vie de respecter la pratique recommandée ici en matière de prescription, d'autant que la finalité de la part de la prime d'épargne payée sur l'ensemble de la prime est toujours la prévoyance vieillesse de l'assuré.

Assurance complémentaire perte de gain : si des informations issues du compte individuel AVS sont nécessaires pour effectuer les vérifications liées à une perte de gain, un extrait du compte AVS des quelques années précédant le début de la perte de gain suffit en principe

Un certain nombre d'indépendants et d'employés de leur propre sàrl ont contacté l'office de médiation dans le cadre des assurances complémentaires perte de gain des assurances vie. Ils se posaient tous la question suivante : dans quelle mesure l'assureur peut-il exiger les documents AVS et fiscaux afin de vérifier le bien-fondé de ses prestations perte de gain ?

Citons comme exemple le cas d'une employée dans sa propre sàrl. Dans le courant du mois de mai 2018, elle s'est retrouvée en incapacité de travail suite à une maladie. Elle a ensuite annoncé son cas dans le courant du mois de septembre 2018 à son assureur. Ce dernier a exigé qu'elle lui fasse parvenir un extrait complet de son compte individuel AVS, expliquant qu'il avait besoin d'un extrait complet pour calculer la perte de gain.

L'assurée n'était pas d'accord avec cet argument et s'est adressée à l'office de médiation. Dans notre intervention, nous avons assuré comprendre le fait qu'il souhaite prendre connaissance des documents AVS pour déterminer l'importance de la perte de revenus suite à la perte de gain.

Selon l'art. 39, al. 1 LCA, sur demande de l'assureur, l'ayant droit doit lui fournir tout renseignement sur les faits à sa connaissance qui peuvent servir à déterminer les circonstances dans lesquelles le sinistre s'est produit et à fixer les conséquences du sinistre. Cela dit, dans ce cas concret, il suffirait d'avoir accès aux données concernant les revenus soumis à l'AVS des dernières années avant le début de la perte de gain. L'assureur a ensuite admis partager le point de vue de l'office de médiation. Il n'a donc eu besoin pour ce cas précis que d'un extrait du compte individuel AVS portant sur les trois dernières années avant le début de la perte de gain.

Secteur non-vie

Assurances de choses

À l'instar des années précédentes, les demandes dans le domaine des assurances de choses portaient principalement sur la preuve et le montant du sinistre, ainsi que sur les questions d'étendue de la couverture et de résiliation du contrat. Les requêtes à l'encontre des assurances de téléphones mobiles ont énormément diminué, passant de 85 à 12.

Assurance vol : l'indemnisation dépend-elle de la valeur à neuf, de la valeur actuelle ou du prix d'achat payé au moment de l'acquisition initiale ?

En matière d'assurances vol, le mode de calcul de l'indemnisation après un sinistre est une question récurrente. L'un de ces cas concernait une requérante qui est allée manger au restaurant avec son mari et leur fils de deux ans. Pour des raisons d'espace, ils ont placé la poussette de l'enfant devant la salle à manger, de manière à ce qu'elle reste visible. Lorsqu'ils ont voulu la récupérer, après le souper, elle avait disparu. L'assureur a admis la déclaration de sinistre en

la qualifiant de « vol », mais il a réfuté l'existence d'un dégât total : à ses yeux, seule la valeur actuelle de la poussette (déduction faite de la franchise) devait être remboursée. Pour la requérante, il s'agissait au contraire d'un dégât total ; elle avait donc droit à une indemnisation de la valeur à neuf de l'objet, conformément aux Conditions générales d'assurance.

Dans son intervention, l'office de médiation a fait remarquer à l'assureur que, dans le domaine des assurances de choses, un dégât total implique la destruction totale ou la perte d'une chose. Lors d'un vol, le propriétaire se retrouve privé d'un objet lui appartenant ; il s'agit donc bien d'un dégât total et l'assurée a ainsi droit à une indemnisation de la valeur à neuf. L'assureur a commencé par admettre l'existence d'un dégât total, mais il a ensuite affirmé que notre proposition de rembourser une nouvelle poussette au prix de CHF 429.– (déduction faite de la franchise de CHF 100.–) n'était pas logique, sachant que l'assurée avait déboursé CHF 200.– pour l'achat de cette poussette d'occasion.

Après avoir reçu sa prise de position, le médiateur a informé la compagnie d'assurances qu'il comprenait d'une certaine manière ses explications. Cela dit, le côté logique et la volonté exprimée auraient dû être fixés dans les Conditions générales d'assurance (CGA) pour être applicables, comme c'est en principe le cas pour l'assurance casco collision avec valeur vénale majorée. Dans le cas présent, les CGA prévoyaient au contraire le remboursement de la valeur à neuf suite à un dégât total couvert par l'assurance. L'assureur s'est alors montré coopératif et a payé le prix d'achat de CHF 429.– (déduction faite de la franchise) pour l'acquisition d'une nouvelle poussette.

Assurance ménage : modification unilatérale illicite du contrat de la part de l'assureur dans le cadre d'un renouvellement de produit

Au cours de l'exercice 2018, le médiateur a aussi traité quelques cas de modifications de contrats unilatérales illicites effectuées par l'assureur. Toujours faites dans le cadre du renouvellement d'un produit d'assurance existant, ces modifications concernaient l'étendue de la couverture, avec en plus une hausse de la prime à la clé.

Dans l'un de ces cas, une assurance ménage a envoyé à son assuré une offre d'adaptation de sa police d'assurance qu'il avait conclue il y a plus de 10 ans. Outre une adaptation de l'assurance éléments naturels uniforme, la nouvelle police prévoyait d'autres changements au niveau de la couverture ainsi qu'une hausse de la prime.

L'assuré a contacté son assureur par e-mail, lui posant différentes questions sur son offre – des questions qui sont restées sans réponse. En lieu et place, l'assureur lui a fait parvenir quelques mois plus tard une nouvelle police adaptée. L'assuré a immédiatement réagi en informant sa compagnie d'assurances qu'il refusait cette nouvelle police et qu'il tenait à conserver son contrat actuel. En guise de réponse, l'assuré a ensuite reçu une sommation de payer la prime plus élevée de la nouvelle police. Au téléphone, on l'a également informé qu'il devait résilier le nouveau contrat s'il n'était pas d'accord avec l'adaptation.

Dans son intervention, l'Ombudsman a informé l'assureur que, conformément aux documents en sa possession, il n'y avait pas de base légale justifiant une adaptation unilatérale du contrat. L'assuré n'a pour sa part ni requis une modification de contrat, ni accepté l'offre de l'assureur. Bien au contraire, il a expressément protesté contre cette offre, refusant ainsi d'approuver la nouvelle police selon l'art 12 LCA.

L'assureur a ensuite envoyé sa prise de position à l'office de médiation, où il se contentait de proposer d'annuler l'assurance ménage soit avec effet rétroactif, soit pour la fin du mois suivant, ou encore de prolonger la police

d'assurance avec la nouvelle couverture. Ce faisant, il a refusé tacitement la possibilité pour l'assuré de conserver la couverture d'assurance dont il bénéficiait jusqu'alors.

L'Ombudsman s'est donc fendu d'une nouvelle intervention auprès de l'assureur, lui faisant remarquer que ses offres n'étaient en rien comparables à la police initiale vu qu'elles n'incluaient pas l'assurance éléments naturels uniforme. L'assureur a répondu par un refus, arguant que le produit dont bénéficiait son assuré à l'origine n'existait même plus dans le système. L'office de médiation a ensuite soumis une nouvelle solution possible à l'assureur : proposer la nouvelle police avec une prime d'assurance aussi basse que la précédente. L'assureur s'est alors déclaré prêt à poursuivre la couverture d'assurance adaptée à l'ancien tarif, tout en fixant la date d'expiration de la police à fin avril 2019 ; une solution à l'amiable a ainsi pu être trouvée.

Cela dit, malgré ce règlement amiable (qui s'est limité à ce cas particulier), l'assureur a supprimé un produit existant contre la volonté de l'assuré, sans même respecter les délais de résiliation contractuels ; une situation très insatisfaisante du point de vue de l'assuré.

Notre recommandation aux assurés :
vérifiez toujours si vous souhaitez effectivement bénéficier d'un nouveau produit. Si tel n'est pas le cas, contrôlez votre contrat pour déterminer s'il autorise votre assureur à procéder à une adaptation contractuelle unilatérale. Si votre assureur n'y est pas autorisé, vous avez le droit, selon la législation en vigueur, de bénéficier de la poursuite de votre contrat préexistant. Si toutefois votre contrat contient une clause qui autorise l'assureur à procéder à une adaptation contractuelle unilatérale, vous pouvez résilier votre police au moment où vous recevez la modification contractuelle établie unilatéralement.

Assurance véhicules à moteur

Au cours de l'exercice sous revue, le nombre de demandes relatives aux assurances casco a augmenté, passant à 184 (107), tandis que celles du secteur responsabilité civile pour véhicules automobiles ont reculé, passant à 238 (277).

Résiliation en cas de sinistre (couvert) : les assurés doivent pouvoir se fier aux déclarations de l'assureur les informant si l'indemnisation du sinistre adressée à des tiers a été effectuée avant ou après la résiliation en cas de sinistre

Nous avons eu affaire à quelques demandes où il s'agissait de vérifier si la résiliation notifiée par l'assureur en cas de sinistre couvert selon l'art. 42 LCA avait eu lieu dans les délais, soit au plus tard lors du paiement de l'indemnité. Dans l'un de ces cas, l'assureur avait informé une cliente peu avant Noël 2017 que le sinistre avait été clôturé via le versement de CHF 2450.- à la carrosserie. La résiliation du contrat n'ayant été notifiée à la cliente que le 2.01.2018, il y avait tout lieu de penser qu'elle avait eu lieu trop tard. L'office de médiation est donc intervenu auprès de l'assureur, mais ce dernier nous a déclaré que la facture en faveur de la carrosserie était datée du 3.01.2018 et que la résiliation avait donc eu lieu dans les délais impartis.

L'office de médiation est intervenu une seconde fois auprès de l'assureur en soulignant que la date de paiement indiquée entrait en contradiction avec le courrier écrit adressé à la cliente à Noël 2017. Il a par ailleurs profité de l'occasion pour lui faire part du fait qu'à ses yeux, les assurés doivent pouvoir se fier aux déclarations effectuées par l'assureur afin de vérifier si la résiliation a bien été effectuée dans les temps. Il a donc recommandé à l'assureur de s'en tenir à sa déclaration, ce que ce dernier a fait par la suite.

Notre recommandation aux assurés ayant reçu une résiliation en cas de sinistre :
vérifiez toujours si la résiliation a bien été notifiée au plus tard lors du paiement final de l'indemnité

(que ce soit à l'assuré ou à un tiers). Si la résiliation intervient après ce délai, elle est considérée comme tardive et donc non valable.

Responsabilité civile privée : exclusion de couverture pour des objets loués pour un usage prolongé

Souvent, quand un enfant fait de la musique, ses parents louent l'instrument en question plutôt que de l'acheter. Tel était le cas d'une fillette âgée de 12 ans à qui ses parents avaient loué une contrebasse. Un jour, la contrebasse lui glisse des mains, heurte le sol et se retrouve endommagée. L'assureur RC des parents a refusé de couvrir le sinistre en se basant sur ses Conditions générales d'assurance (CGA). Celles-ci prévoient en effet une exclusion de garantie pour des dommages causés sur des objets en location destinés à un usage prolongé (à l'exception des dommages sur les appartements en location).

La famille concernée a exprimé son désaccord. De son point de vue, la contrebasse était en effet louée à titre provisoire. En se plongeant dans les CGA de la police RC, l'office de médiation n'a malheureusement pas trouvé de glossaire qui définirait la notion **d'usage prolongé** pour un objet en location. Il a seulement pu déduire des documents du dossier qu'au moment du sinistre, la contrebasse était louée depuis plus d'une année déjà. Même le dictionnaire allemand Duden n'a pas été d'un grand secours pour trouver une solution concluante ; d'après le dictionnaire, « provisoire » se rapporte aux notions suivantes : pendant un certain temps seulement, pendant un bref laps de temps, qui ne dure pas longtemps. Pour finir, l'Ombudsman a réussi à suggérer une solution grâce aux CGA de l'assurance ménage intégrée dans cette même police, où le terme « provisoire » était également utilisé. Dans le cadre de la couverture du mobilier hors du domicile, la notion de provisoire impliquait que le mobilier ne se trouve pas à un autre endroit pendant plus de 18 mois.

Dans son intervention, l'Ombudsman a considéré qu'un terme aussi flou que « provisoire » devrait être interprété de manière uniforme dans l'assurance RC intégrée à cette même police, et ceci dans l'intérêt de la sécurité juridique. Si l'interprétation des documents à disposition n'avait pas mené à ce résultat, la règle dite de l'interprétation des clauses ambiguës aurait été applicable – et l'assureur aurait également été obligé de couvrir le sinistre. Suite à l'intervention de l'office de médiation, l'assureur a certes campé sur sa position sur le plan juridique sans fournir d'autre explication, mais, au vu de la situation concrète, il s'est déclaré prêt à payer le dommage causé sur la contrebasse, sans pour autant reconnaître l'existence d'une obligation juridique.

Notre recommandation aux assurés RC :
*avant de signer un éventuel contrat de location pour louer un objet coûteux, si ce point n'est pas précisément défini dans les documents du contrat, il convient de s'informer auprès de son assureur et de recevoir, **par écrit**, la réponse à la question suivante : à partir de quelle durée de location un objet loué est-il considéré comme loué à long terme et donc non assuré ?*

Assurance indemnités journalières en cas de maladie

Dans le secteur des indemnités journalières en cas de maladie, le nombre de cas a légèrement reculé, passant de 654 à 649. La proportion de cas litigieux concernant une incapacité de travail liée à un trouble psychique reste pour sa part élevée.

Les assureurs indemnités journalières en cas de maladie ne peuvent décompter les prestations de tiers dans leurs propres versements d'indemnités journalières que dans la mesure où ceux-ci sont effectués en raison d'une

restriction liée à une maladie dans la même activité professionnelle

Dans quelle mesure les prestations de tiers (par ex. de l'assurance invalidité) peuvent-elles être décomptées sur les prestations de l'assureur indemnités journalières en cas de maladie ? Une question qui pose parfois problème… Afin d'éviter une surindemnisation de la personne assurée, les prestations de tiers sont décomptées sur les prestations de l'assureur indemnités journalières en cas de maladie, pour autant que ces dernières ne dépassent pas les propres prestations de l'assureur indemnités journalières en cas de maladie.

Un cas lié à cette problématique concernait une personne qui exerçait une activité indépendante à temps partiel et qui était salariée dans le cadre de son taux d'occupation restant. Pour son activité indépendante, la personne disposait de sa propre assurance indemnités journalières en cas de maladie ; pour son activité salariée, elle était assurée via l'assurance collective de son employeur de l'époque. En mars 2015, elle se retrouve en incapacité de travail totale. En novembre 2017, l'assurance invalidité fédérale lui attribue une rente AI complète, valable avec effet rétroactif depuis mars 2016.

Sur ces entrefaits, l'assureur indemnités journalières en cas de maladie a déposé une demande de remboursement d'env. CHF 22 000.– pour la part incombant à l'activité indépendante de l'assurée. L'AI n'ayant remboursé que la moitié environ de ce montant à l'assureur, ce dernier a demandé à son assurée de lui restituer la somme restante d'env. CHF 11 000.–.

L'assurée n'était pas d'accord avec ce point de vue. L'office de médiation a constaté qu'avant d'effectuer son paiement à l'assureur indemnités journalières pour l'activité indépendante, l'AI avait précisément calculé la part de la rente AI qui revenait à l'activité salariée et celle de l'activité indépendante. Le versement effectué correspondait à ce calcul.

Le médiateur est donc intervenu auprès de l'assureur indemnités journalières en cas de maladie en lui faisant remarquer qu'il s'agissait ici d'une assurance dommages. Le calcul des prestations d'entités tierces (ici, l'AI) ne pouvait donc que se rapporter à des prestations ayant également été versées en raison d'une incapacité de gain liée à une activité indépendante. Une autre solution ne s'accorderait pas avec le but de l'assurance.

Même après des négociations ultérieures, l'assureur indemnités journalières a maintenu sa position juridique. Cela étant, en raison de la situation de la personne assurée, qu'il estimait particulière, il a renoncé à la totalité de la restitution, ce qui a permis de résoudre ce cas concret.

Notre recommandation aux assurés indemnités journalières en cas de maladie qui reçoivent aussi des prestations perte de gain liées à des problèmes de santé de la part de tiers (par ex. prestations AI) :
si votre assureur indemnités journalières prend en compte les prestations d'entités tierces, vous devriez précisément vérifier si les prestations de tiers comptabilisées d'après l'assureur indemnités journalières se rapportent à la même période, au même problème de santé et à la même activité (concordance temporelle, événementielle et matérielle).

Assurance voyage : refus injustifié des frais d'ambulance par l'assureur après un vol de téléphone portable avec brutalité aux États-Unis

Les vacanciers connaissent parfois de fâcheuses mésaventures. C'est le cas d'une vacancière au bénéfice d'une assurance voyage qui a été victime du vol de son téléphone portable pendant son séjour à Los Angeles. Lors de ce vol, son attaquant a utilisé du spray au poivre et l'a jetée au sol avec violence. Des passants se

sont ensuite occupés d'elle, avant d'appeler la police, qui a elle-même appelé une ambulance. Aveuglée par le spray au poivre et paniquée, la requérante a été transportée à l'hôpital. Et là, contrairement aux standards usuels chez nous en Suisse, le personnel soignant ne l'a pas prise en charge ; l'ambulancier lui a donc nettoyé les yeux, avant de la laisser partir.

Une fois de retour en Suisse, l'assurée a annoncé le sinistre à sa caisse-maladie ; cette dernière a refusé de prendre en charge les frais d'ambulance jusqu'à l'hôpital le plus proche qui se montaient à USD 1454.–. L'assurée a donc annoncé son cas à son assurance voyage. Celle-ci a également refusé la prise en charge des frais d'ambulance, en avançant l'argument que ces frais n'étaient pas liés à une maladie grave ou à un accident grave au sens des Conditions générales d'assurance (CGA). Elle a également fait valoir que l'incident n'avait provoqué ni incapacité de travail, ni incapacité de voyager. Il n'y avait par conséquent pas d'obligation de fournir une prestation.

Insatisfaite de cette réponse, l'assurée s'est adressée à l'office de médiation. Dans son intervention, le médiateur a posé la question suivante : ne s'agissait-il pas d'un cas couvert par l'assurance puisque la requérante était en proie à une situation de détresse à l'étranger et qu'elle avait besoin d'une aide urgente ? En effet, l'assurée se trouvait dans une situation physique tellement fragile que la police a appelé l'ambulance. Et si l'hôpital le plus proche ne l'a pas prise en charge, contrairement aux standards suisses en la matière, l'assurée n'y peut rien.

Après avoir réexaminé le cas, l'assureur a présenté ses excuses pour le traitement erroné du cas et s'est déclaré prêt à rembourser les frais d'ambulance, conformément à la recommandation de l'office de médiation.

Le secteur LAA et l'assurance militaire

Au cours de l'exercice sous revue, 694 demandes ont été adressées à l'office de médiation, soit 3,3% de moins qu'en 2017 (718). Parmi celles-ci, 579 (620) requêtes concernaient la Suisse alémanique, 70 (65) la Suisse romande et 45 (33) la Suisse italienne. Comme c'était déjà le cas lors de l'exercice précédent, la grande majorité des cas, soit 83,4%, provient de la Suisse alémanique. Les demandes de Suisse latine représentent un total de 16,6%.

Motif de la plainte		Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
A	Obligation d'affiliation	10	(5)	1	(0)	0	(1)
	Conclusion du contrat	11	(8)	2	(0)	2	(1)
	Total	21	(13)	3	(0)	2	(2)
B	Primes	11	(10)	0	(1)	1	(1)
	Total	11	(10)	0	(1)	1	(1)
C	Traitement médical	67	(76)	18	(12)	4	(2)
	Moyens auxiliaires	4	(7)	0	(0)	0	(1)
	Indemnités journalières	69	(64)	14	(8)	10	(6)
	Rente invalidité	5	(0)	1	(0)	1	(3)
	Indemnité atteinte à l'intégrité	2	(2)	2	(1)	3	(0)
	Causalité	158	(177)	3	(9)	4	(5)
	Notion d'accident	82	(108)	12	(12)	2	(5)
	Réduction / refus de prestation	2	(4)	0	(1)	0	(0)
	Recours contre tiers responsable	6	(1)	0	(0)	0	(0)
	Total	395	(439)	50	(43)	24	(22)
D	Prévention des accidents	2	(2)	0	(1)	0	(0)
	Renseignements généraux / procédures	134	(146)	17	(20)	13	(5)
	Avocat / spécialiste	16	(10)	0	(0)	5	(3)
	Total	152	(158)	17	(21)	18	(8)
Total		**579**	**(620)**	**70**	**(65)**	**45**	**(33)**

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Sur un total de 694 dossiers, 625 cas ont été réglés directement avec le requérant. L'office de médiation a été obligé d'intervenir dans 69 cas. Sur les 62 interventions liquidées, le taux de réussite se monte à 53,2%, soit 33 dossiers. Enfin, 28 cas (45,1%) ont obtenu un résultat négatif et un dossier (1,6%) a été classé comme « neutre ».

Moment de la cessation des frais de traitement, après reconnaissance d'un accident au sens juridique

Au cours de cet exercice, plusieurs cas du secteur LAA nous ont été soumis où l'assureur accident ne voulait plus prendre en charge les frais de traitement à partir d'un moment donné, alors qu'il avait reconnu au départ son obligation de fournir une prestation. Le point commun entre ces cas était que les personnes concernées n'étaient fondamentalement plus limitées dans leur activité professionnelle au moment de la cessation des prestations. Les compagnies d'assurances invoquaient l'art. 19, al. 1 LAA (e contrario) pour justifier la cessation des prestations.

Selon cette clause, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente, autrement dit tant que la poursuite du traitement peut laisser espérer une amélioration sensible de l'état de santé. A noter que, selon la jurisprudence en vigueur, le critère de l'amélioration sensible de l'état de santé doit notamment être évalué d'après l'augmentation ou le rétablissement de la capacité de travail, pour autant que la situation soit consécutive à un accident (ATF 134 V 109).

Cela étant, il faut prendre en compte le fait que, selon l'art. 10 LAA, le traitement médical présuppose un besoin en soins, mais pas une incapacité de travail (voir jugement 8C_354/2014 du 10.07.2014). Ainsi, nous avons souligné ce point : en nous appuyant sur les documents médicaux à notre disposition, il y avait lieu de supposer que le processus de guérison primaire n'était pas encore achevé. À plusieurs reprises, l'assureur accident impliqué a par conséquent été incité à rétablir la prise en charge de ses prestations.

Traitement médical : exigibilité des mesures visant à limiter les dommages

Au cours de l'exercice 2018, nous avons dû nous positionner plusieurs fois face à la question de l'exigibilité des mesures visant à limiter les dommages. Si le droit au traitement est fondamentalement incontestable, la personne victime d'un accident doit se soumettre aux examens raisonnablement exigibles ordonnés par l'assureur, afin de respecter son obligation de limiter les dommages selon l'art. 48 LAA, en association avec l'art. 21 LPGA ; elle doit donc respecter les mesures ordonnées par l'assureur pour un traitement approprié ; dans le cas contraire, elle court le risque de voir ses prestations partiellement ou totalement refusées. Si l'assuré se soustrait sans motif valable à un traitement auquel on peut raisonnablement exiger qu'il se soumette, il n'a droit qu'aux prestations qui auraient probablement dû être allouées si ledit traitement avait produit le résultat escompté (art. 61 OLAA).

Dans l'un des cas soumis à l'office de médiation, le requérant avait informé l'assurance accident qu'il ne pourrait se soumettre qu'ultérieurement à une opération du pied médicalement indiquée en raison d'autres problèmes physiques dont il souffrait. L'assureur n'est pas entré en matière face aux arguments de l'assuré et l'a informé que ses prestations seraient diminuées s'il n'effectuait pas l'opération prévue dans un délai de deux mois.

L'assuré se sentant mis sous pression par son assurance accident, il s'est adressé à l'office de médiation. Sa plainte était accompagnée d'un rapport médical dont l'assureur n'avait pas eu connaissance lors de sa première évaluation. Le médecin en question expliquait dans son rapport que le requérant souffrait de problèmes aigus à la colonne cervicale qui entraînaient une diminution des sensations et de la force dans ses mains ; ainsi, après une opération du pied, le patient ne se serait pas senti sûr de lui en marchant, sachant qu'il n'aurait pas été à l'abri d'une chute même en utilisant des béquilles.

En se basant sur le rapport médical, le médiateur est intervenu auprès de l'assurance

accident, parvenant à convaincre son interlocuteur que la réalisation de l'opération du pied au moment stipulé était objectivement inacceptable, compte tenu de la situation personnelle (qui est déterminante). À la suite de cette intervention, l'assureur est revenu sur son intention de diminuer les prestations le cas échéant et a donné son accord pour que l'assuré repousse son opération au moment qui serait recommandé par les médecins.

Quelques demandes concernant les primes LAA élevées des clubs de sport

Au cours de l'exercice sous revue, plusieurs clubs regroupant des sportifs amateurs dans le domaine du patinage et du football se sont adressés à nous, n'ayant pas trouvé d'assureur LAA. Suite à leur affiliation d'office par la caisse supplétive LAA, ces clubs ont reçu de la part de leur assureur LAA des factures de primes se montant à env. 20 à 50% du salaire AVS de leurs employés à temps partiel. Pour des entités de petite taille, souvent tributaires du travail de collaborateurs bénévoles, c'est une somme élevée pour une assurance sociale obligatoire. Les clubs de sport nous ont demandé d'agir auprès de l'assureur pour obtenir des primes plus basses : en effet, une charge aussi élevée serait impossible à supporter pour ces associations et mettrait sérieusement en péril leur survie.

Bien qu'il comprenne parfaitement la requête qui lui a été soumise, l'Ombudsman n'a pas pu aider les requérants. Il ne possède en effet pas de compétences en matière de droit de surveillance et n'est donc pas autorisé à s'immiscer dans la tarification des assurances LAA. Il a donc dû se contenter d'informer les requérants que les primes élevées attribuées aux clubs sportifs étaient imputables à l'art. 23, al. 5, de l'Ordonnance sur l'assurance accidents (OLAA) révisée au 1.01.2017. Celle-ci prévoit que, si l'assuré est au service de plus d'un employeur avant l'accident, il y a lieu de se fonder sur le salaire provenant de l'ensemble des rapports de travail pour calculer les indemnités journalières de l'assureur LAA tenu de verser des prestations.

En d'autres termes, si un membre du club employé à temps partiel (par ex. un entraîneur ou un footballeur amateur) se retrouve en incapacité de travail suite à un accident de sport, l'assureur LAA du club doit non seulement payer à la personne accidentée les indemnités journalières pour la perte de salaire au sein du club sportif, mais aussi celles de la perte de salaire souvent bien plus élevée de son métier principal, auprès d'un autre employeur.

Aux yeux du médiateur, cette problématique est insatisfaisante pour presque toutes les parties. En outre, pour les assurances sociales obligatoires, il est inhabituel que le risque supporté soit aussi fortement lié au principe de causalité, comme c'est le cas ici. Le médiateur espère qu'une solution viable pourra être trouvée dans le cadre de l'importance croissante du sport de masse en matière de politique sanitaire et sociale.

Le secteur de la prévoyance professionnelle

Le nombre de demandes liées à la prévoyance professionnelle a reculé de 20,9%, ce qui constitue une diminution sensible par rapport à l'année précédente. Au cours de l'exercice sous revue, 72 (91) personnes se sont adressées à l'office de médiation pour des questions liées à une fondation collective LPP auprès d'une assurance vie suisse. Il faut y ajouter 32 (52) cas concernant des caisses de pension autonomes qui n'ont pas pu être traités faute de compétence.

Motif de la plainte	Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
Conclusion du contrat	4	(6)	1	(1)	0	(1)
Etendue de la couverture	4	(3)	0	(1)	0	(0)
Réticence	0	(0)	0	(1)	0	(0)
Rachat	5	(0)	0	(2)	0	(0)
Règlement	4	(2)	1	(0)	2	(0)
Changement d'institution de prévoyance	5	(3)	0	(1)	0	(0)
Libre passage	4	(5)	0	(0)	1	(1)
Anticipation des prestations	2	(0)	0	(0)	0	(0)
Saisie	0	(2)	0	(0)	0	(0)
Impôts	0	(1)	1	(0)	0	(0)
Attestation d'assurance	5	(3)	0	(0)	0	(0)
Clause bénéficiaire	3	(3)	0	(1)	0	(0)
Réductions / refus	11	(13)	2	(2)	1	(6)
Informations générales	7	(13)	0	(0)	1	(2)
Prescription	0	(1)	0	(0)	0	(0)
Retraite anticipée	0	(1)	0	(0)	0	(1)
Divorce	0	(3)	0	(0)	0	(1)
Salaire coordonné	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Procédure	6	(6)	0	(0)	0	(0)
Avocat	1	(5)	0	(0)	1	(0)
Total	**61**	**(70)**	**5**	**(9)**	**6**	**(12)**

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Douze cas ont donné lieu à une intervention. Sur les 11 cas liquidés, 10 interventions se sont soldées par un résultat positif pour l'assuré, tandis qu'un cas a été enregistré comme « neutre ».

Quelques cas où le certificat de salaire ou l'extrait CI de l'AVS affichait une masse salariale différente de celle du certificat de prévoyance de la caisse de pension

Dans le secteur de la prévoyance professionnelle, nous avons reçu plusieurs cas où les masses salariales inscrites sur le certificat de salaire, et donc celles qui sont calculées par la caisse de compensation selon l'extrait CI (extrait du compte AVS individuel), ne correspondaient pas aux masses salariales comptabilisées dans le certificat de prévoyance.

Dans l'un de ces cas, l'institution de prévoyance a constaté suite à notre intervention que le salaire soumis à la LPP avait certes été annoncé par l'ancien employeur, mais qu'il ne figurait pas dans ses décomptes en raison d'une erreur.

Dans un autre cas, il était indéniable que l'écart entre les données des certificats de salaire et celles du certificat de prévoyance était dû au fait que l'employeur avait annoncé à l'institution de prévoyance des masses salariales différentes, moins élevées ; afin de corriger les certificats, la compagnie d'assurances voulait attendre le résultat d'une procédure en cours relevant du droit du travail (liée aux heures supplémentaires, droit au bonus, etc.). À l'issue de notre intervention, la compagnie d'assurances s'est déclarée prête à produire les certificats sur la base des masses salariales inscrites dans les certificats de salaire, quitte à les corriger ensuite, une fois en possession du jugement exécutoire.

En guise de remarque générale, il faut retenir que, selon l'ATF 136 V 73, si l'institution de prévoyance n'a pas connaissance de l'existence d'un emploi soumis à assurance à cause d'une violation inexcusable de son devoir d'annoncer par l'employeur, l'exigibilité des créances afférentes à des cotisations est différée jusqu'à la prise de connaissance (déterminante). La prescription de l'art. 41, al. 2 LPP commence néanmoins à courir, mais seulement pour les créances de cotisations de moins de dix ans ; celles de plus de dix ans sont prescrites de manière absolue.

Recommandation aux assurés LPP :
contrôlez toujours vos certificats de salaire et de prévoyance lorsque vous les recevez ; si vous remarquez d'éventuels écarts dans les chiffres, n'hésitez pas à contacter votre employeur ou l'institution de prévoyance compétente.

Si un salarié ne reçoit pas son certificat de prévoyance annuel, et ceci bien que ses certificats de salaire mentionnent les cotisations de prévoyance, il peut si nécessaire demander à la caisse de compensation dont il relève si son employeur est enregistré auprès d'une caisse de compensation et laquelle. Les caisses de compensation doivent contrôler si les employeurs sont affiliés à une institution de prévoyance enregistrée, dans la mesure où ils emploient des salariés soumis à la prévoyance professionnelle. Les caisses de compensation demandent aux employeurs de s'affilier à une institution de prévoyance dans un délai de deux mois, si elles constatent qu'ils ne l'ont pas encore fait.
Si un employeur ne réagit pas dans le délai prévu, la caisse de compensation le signale à la Fondation institution supplétive LPP pour une affiliation avec effet rétroactif.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Le nombre total de cas traités par le bureau décentralisé de Suisse italienne au cours de l'exercice sous revue a augmenté, passant de 325 à un total de 342. Dans le secteur de l'assurance privée, le nombre de requêtes et de plaintes de la compétence du bureau décentralisé est resté constant à 221 (220). Un recul des demandes (passées de 12 à 6) a certes été constaté dans le secteur LPP, mais il a été très largement compensé par la hausse des cas dans le secteur LAA, qui sont passés de 33 à 45.

Les 70 demandes adressées à l'office de médiation qui ne relevaient pas de sa compétence concernaient avant tout l'assurance maladie sociale (31 cas qui ont été transmis à l'office de médiation compétent) ainsi que des branches juridiques dans un domaine étranger au droit des assurances (28 cas).

Sur un total de 10 interventions liées à des plaintes issues de la Suisse italienne, 5 d'entre elles concernaient la branche de l'assurance responsabilité civile concernant les véhicules à moteur et celle de l'assurance casco. Les demandes et les plaintes ont pour la plupart pu être directement réglées avec les requérants.

Tout comme pour l'exercice précédent, les requêtes issues des branches de l'assurance indemnités journalières et de l'assurance accidents privée (56) sont arrivées en tête des cas soumis à Me Caimi relevant de sa compétence. Viennent ensuite les demandes liées à la RC auto et à l'assurance casco (47), puis à la RC générale (31) et à l'assurance protection juridique (22). Les secteurs de l'assurance incendie, éléments naturels et dégâts d'eau ont donné lieu à 13 demandes ou plaintes, tandis que 16 cas concernaient les secteurs de l'assurance bâtiments et ménage. Enfin, les activités du bureau décentralisé sont restées constantes dans la branche de l'assurance vie avec 18 cas soumis (19 en 2017).

Sur le plan des thématiques, les problèmes portaient essentiellement sur le montant des prestations (98) et les questions de résiliation (27). Quarante cas concernaient des informations générales en matière d'assurance et des questions de droit des assurances. Nombreuses sont les personnes qui croient qu'un « ombudsman » est compétent pour toute question liée à la branche, ce qui est loin d'être le cas. Seule la médiation neutre fait partie de nos compétences, et ceci en cas de divergences dans le domaine du droit des assurances.

RC véhicules à moteur : la complexité de la question des preuves relatives aux circonstances du sinistre

À plusieurs reprises, Me Caimi s'est penché sur des cas liés à la RC véhicules à moteur où l'exposé des faits était diamétralement opposé entre les parties impliquées dans la collision, entraînant ainsi des problèmes de preuve empêchant de prouver la faute de la partie adverse pour les dommages matériels selon l'art. 61, al. 2 LCR.

Souvent, l'une des parties affirmait par exemple que son propre véhicule était à l'arrêt lorsqu'une autre voiture l'a embouti. Dans ces cas-là, les compagnies d'assurances adverses impliquées avaient tendance à dédommager cette partie-là, lorsque leur client disposait d'une couverture de protection de bonus ou d'une assurance casco.

En se basant sur le contenu du rapport de police (on sait que, dans la plupart des cas, les « déclarations de la première heure » sont les plus véridiques), la localisation du sinistre et les photos des véhicules, Me Caimi a parfois eu des doutes quant au caractère correct de ce genre d'allégations partiales. En outre, il faut ajouter que, par rapport à la question des responsabilités, il n'est pas seulement important de savoir si une voiture était déjà à l'arrêt au moment de la collision ; il faut aussi déterminer depuis combien de temps cela était le cas au

moment de la collision (laps de temps). Si le conducteur d'un véhicule a coupé la route à la partie adverse juste avant de stopper sa voiture, il aura une part essentielle de responsabilité au sinistre qui se sera produit.

Dans ce genre de cas, une intervention de l'office de médiation a permis de recommander un réexamen des circonstances de la collision et/ou de la question de la responsabilité.

Problèmes récurrents en lien avec les collisions dues aux motocyclistes en train d'effectuer un dépassement

De nombreux problèmes étaient liés aux collisions entre un motocycliste en train de dépasser une colonne de véhicules et un véhicule de la colonne en train de changer de voie, lorsque la colonne de véhicules avançait très lentement ou en accordéon. Selon l'art. 47, al. 2 LCR, les motocyclistes doivent rester à leur place dans la file des véhicules si la circulation est arrêtée. Selon l'art. 34, al. 3 LCR, les conducteurs qui veulent modifier leur direction de marche, par exemple pour obliquer, etc., sont tenus d'avoir égard aux usagers de la route qui viennent en sens inverse ainsi qu'aux véhicules qui le suivent.

Dans ce genre de cas, les assureurs RC auto avaient tendance à refuser les demandes des motocyclistes lésés. Il incombait donc à Me Caimi de vérifier si le conducteur du véhicule n'était pas aussi en faute : il pouvait par exemple avoir quitté sa voie de circulation sans prévenir pour tourner à gauche, provoquant ainsi une collision avec le motocycliste en train de le dépasser. D'où la question qui se posait souvent : ne conviendrait-il pas de répartir la quote-part de responsabilité entre les deux parties à 50% ?

Assurance indemnités journalières en cas de maladie et assurance accidents : le problème chronique des divergences fondamentales caractérisant les avis médicaux sur les conséquences des troubles de la santé

Dans le domaine de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie et de l'assurance accidents privée, Me Caimi a de nouveau été confronté à des cas où l'avis du médecin traitant et celui du médecin-conseil de l'assureur divergeaient quant à l'incapacité de travail d'un assuré : s'agissait-il d'une incapacité de travail qui se poursuit ? Quel degré atteignait-elle ? Ou s'agissait-il plutôt d'une rechute ? Des divergences fondamentales étaient également constatées à la lecture des différents rapports d'experts. Ces dossiers sont souvent très volumineux et nécessitent beaucoup de temps pour être traités. Dans la plupart des cas, les positions des compagnies d'assurances ne se sont toutefois pas révélées arbitraires d'un point de vue juridique. Si un doute persistait sur ce dernier point, l'Ombudsman a recommandé par le biais d'une intervention d'obtenir une surexpertise.

Secteur LAA

Dans le secteur LAA, Me Caimi s'est vu soumettre un total de 45 cas, ce qui équivaut à une hausse de 36,3% par rapport à l'exercice précédent (33). Parmi ces cas, 25 requêtes ont été traitées par oral et 19 par écrit. Un cas a donné lieu à une intervention auprès de la compagnie d'assurances.
Sur le plan des thématiques abordées, la plupart des plaintes concernaient les prestations de l'assureur, qu'il s'agisse de versements en espèces comme les indemnités journalières (10) ou les indemnités pour atteinte à l'intégrité (3) ou des frais de traitement médical et des remboursements de frais (4).

Prise en charge des frais de traitement par l'assureur LAA après qu'une rente d'invalidité a été fixée

Bien qu'il s'agisse seulement de prestations provisoires, les prestations de soins doivent être accordées dans certains cas même après la fixation d'une rente d'invalidité, selon l'art. 21

LAA. Cela vaut sans aucune condition préalable si l'assuré souffre d'une maladie professionnelle. L'assuré a par ailleurs droit à des prestations de soins et au remboursement des frais s'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain. Il en va de même s'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci.

Dans quelques cas isolés, Me Caimi a dû traiter la réduction (ou le refus) des prestations d'assurance en raison d'une situation qui avait déjà eu des conséquences sur la capacité de gain avant l'accident assuré, ou encore en raison de dangers extraordinaires, comme la participation à des rixes selon l'art. 49, al. 2 OLAA.

Secteur LPP

Au cours de l'exercice sous revue, la prévoyance professionnelle n'a concerné que 6 cas soumis au bureau décentralisé ; parmi ceux-ci, 5 ont été réglés directement, soit sans prise de contact avec l'assureur. Ces requêtes concernaient les thématiques classiques : le règlement LPP, le libre passage et la prestation d'assurance.

Relations médias

Le 16 avril 2018, Me Caimi a eu l'occasion de prendre part à l'émission radio de RSI Rete UNO « La consulenza », consacrée ce jour-là aux problèmes des polices d'assurance susceptibles d'être résolus par l'Ombudsman. Le 19 novembre 2018, il a été convié à l'émission de télévision de RSI LA 1 « Filo diretto », où un débat se tenait sur les problèmes liés à l'achat d'une voiture.

Du changement au sein de la direction du bureau décentralisé du Tessin au 1er février 2019 : rétrospective de Me Caimi

Un changement sur le plan du personnel a eu lieu au 31 janvier 2019 au sein du bureau décentralisé de Suisse italienne. Me Carlo Luigi Caimi a en effet quitté ses fonctions après 20 années de bons et loyaux services.

Me Caimi profite donc de cette occasion pour ajouter à son dernier rapport une brève rétrospective sur son engagement de longue date dans l'intérêt des assurés. Le degré de notoriété du bureau décentralisé de Suisse italienne a connu une augmentation significative pendant la durée de son mandat, tandis que la gestion du taux d'activité en croissance constante, année après année, a nécessité de plus en plus d'engagement. Le 31 décembre 1998, lorsque le flambeau a été transmis à Me Caimi, les statistiques du bureau décentralisé affichaient un total de 190 cas. Au cours des années suivantes, le nombre de personnes qui demandaient conseil auprès du bureau décentralisé de Lugano n'a pas cessé d'augmenter. À quelques rares exceptions près, le nombre moyen de demandes se monte à 320 depuis l'année 2004, avec le record de 374 atteint en 2016.
Cela est bien entendu lié en partie à l'élargissement des domaines de compétence de la Fondation à la LAA et à l'assurance militaire en 2002, ainsi qu'à la LPP en 2006. Cela dit, pour ce qui concerne le secteur de l'assurance privée, le mode de travail de Me Caimi et l'accent qu'il a mis sur ses activités de relations publiques ont contribué à la hausse des cas soumis. Au cours des 20 dernières années, Me Caimi n'a jamais manqué une occasion de participer à des émissions de radio ou de télévision, de même qu'à des séances et à des assemblées d'assureurs, parfois même en concevant des contributions personnelles touchant à des thèmes spécifiques. Il est ainsi parvenu à atteindre le grand public des assurés, mais aussi les spécialistes en la matière et les agents d'assurance.

Les nombreux assurés qui avaient de la peine à s'orienter dans le dédale grandissant des assurances ou qui souhaitaient mieux comprendre ce domaine ont dans la plupart des cas obtenu

une réponse satisfaisante ou une solution. Autant d'éléments qui ont contribué à la bonne réputation de l'office de médiation. L'étude de satisfaction de la clientèle publiée en 2014 l'a d'ailleurs confirmé. De manière générale, les compagnies d'assurances se sont montrées très coopératives, mettant sans problème les dossiers nécessaires à disposition et fournissant les renseignements requis.

Me Caimi espère que son engagement aura permis de satisfaire les attentes de la plupart des requérants et de les aider de manière adéquate. Il souligne que, de son côté, son activité au service des assurés lui a procuré beaucoup de joie et de satisfaction. Il espère que cela sera également le cas pour son successeur.

Dernier point, mais non des moindres: Me Caimi remercie cordialement toutes les personnes qui lui ont accordé leur confiance et leur soutien au cours des 20 dernières années pour l'excellente collaboration et leur amitié : Dr Fritz Schiesser, ancien président de la Fondation et ancien conseiller aux États ; Me Rolf Schweiger, actuel président et ancien conseiller aux États ; Dr Lili Nabholz-Heidegger, ancienne médiatrice ; Me Martin Lorenzon, Ombudsman actuel ; sans oublier les membres du Conseil de Fondation, ainsi que les collaboratrices et les collaborateurs de Zurich et de Lausanne.

Les mots du président concernant le changement de direction du bureau décentralisé tessinois au 1er février 2019

Le président remercie Me Carlo Luigi Caimi au nom du Conseil de Fondation et de l'Ombudsman pour son travail exceptionnel de longues années durant et pour son engagement important dans l'intérêt des requérants. Il a dirigé le bureau décentralisé de Suisse italienne pendant 20 ans, de manière compétente et souveraine. Grâce à un travail constant et teinté de succès, il a contribué à augmenter de manière significative le degré de notoriété de l'office de médiation en Suisse italienne, ce qui a grandement facilité « l'accès au droit » pour de nombreux assurés. Un grand merci à lui pour tout ce qu'il a apporté. Nous lui souhaitons le meilleur pour son avenir.

Son successeur Me Marco Cereghetti est entré en fonction au 1er février 2019. Au bénéfice d'une expérience vaste, solide et reconnue dans le droit des assurances, il travaille à Lugano en qualité d'avocat et de notaire.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Au cours de l'exercice 2018, le bureau décentralisé de Suisse romande a reçu 413 requêtes et plaintes, soit un nombre en léger recul par rapport aux demandes soumises l'année précédente (433). Ce sont notamment les demandes en dehors de notre compétence qui ont diminué, passant de 59 à 51 ; 28 d'entre elles concernaient des cas liés à l'assurance maladie, que Me Subilia a transmis à l'office de médiation compétent.

Avec 30 interventions, le nombre de requêtes issues de Suisse romande qui ont donné lieu à une prise de contact avec l'assureur est certes en léger recul par rapport à l'année précédente (40) ; cela dit, les interventions ont été couronnées de succès pour 85% d'entre elles (71%). Elles étaient essentiellement concentrées sur le secteur de l'assurance privée (25).

Secteur de l'assurance privée

En 2018, dans le domaine de l'assurance privée, un tiers des cas concernait l'assurance indemnités journalières (94 requêtes sur un total de 287). La plus grande partie d'entre eux (59) était en rapport avec des prestations insuffisantes du point de vue de l'assuré. Le nombre de requêtes en lien avec la conclusion du contrat – et donc avec les réserves invoquées par l'assureur – était particulièrement élevé (15). Comme pour les années précédentes, les cas soumis en Suisse romande concernaient ensuite la RC auto (38), l'assurance protection juridique (37) et l'assurance vie (36).

Au bureau décentralisé de Lausanne, pas un seul cas lié à un assureur faisant valoir une réticence lors de la conclusion du contrat selon l'art. 6 LCA

Me Subilia a constaté avec un intérêt particulier qu'au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé n'a pas eu à s'occuper d'un seul cas lié à la thématique de la « réticence lors de la conclusion du contrat ». Cela n'avait plus été le cas depuis de nombreuses années.

Lorsque le règlement sur l'obligation de déclarer avait été modifié au 1.1.2007, Me Subilia avait déjà constaté l'effet positif de cette nouvelle réglementation sur la diminution du nombre de cas soumis sur la question. Depuis cette modification de la loi, l'extinction de l'obligation de prestation en raison d'une résiliation de contrat liée à une réticence ne se limite plus qu'aux situations où il y a un lien de causalité entre le sinistre et les faits qui ont été omis ou qui n'ont pas été correctement annoncés.

Bien entendu, les réticences donnent toujours lieu à des plaintes. Cela dit, la restriction des sanctions établie par le législateur en cas de violation de l'obligation précontractuelle de déclarer suscite moins d'incompréhension que par le passé.

Dans le secteur protection juridique, les questions de couverture sont prépondérantes

Me Subilia cite l'exemple d'une intervention couronnée de succès pour le compte d'une société immobilière qui était en litige avec l'autorité fiscale par rapport à l'impôt anticipé. La société en question était au bénéfice d'une assurance protection juridique en cas de litige fiscal, mais pas pour les litiges liés à l'achat et à la vente de biens immobiliers. La compagnie d'assurances a refusé la demande de protection juridique dès le départ, en arguant que, au vu du champ d'activité de la société requérante, cette dernière travaillait en lien avec l'achat d'un bien immobilier, ce qui exclut la couverture.

L'intervention du médiateur a permis de démontrer que le litige ne devait pas être confondu avec le but de la société requérante ; sinon, cela signifierait qu'aucune demande de protection juridique de la société immobilière assurée ne pourrait être couverte. La compagnie d'assurances a ainsi accepté de couvrir ce cas.

Nous ne disposons pas de la compétence nécessaire à l'examen des déclarations d'inutilité des assureurs protection juridique concernant les mesures de protection juridique sollicitées

Au cours de l'exercice sous revue, Me Subilia a remarqué que les assureurs n'hésitaient pas à renvoyer leurs assurés à l'office de médiation lorsque des problèmes surviennent. Ceci très probablement parce qu'en faisant appel à notre Fondation, les personnes sollicitant un conseil savent qu'elles peuvent compter sur une évaluation objective de la situation. Certaines compagnies d'assurances ont toutefois fait preuve d'un enthousiasme quelque peu excessif en recommandant à leurs assurés de nous contacter. Un assureur protection juridique en particulier a informé ses clients qu'ils pouvaient s'adresser à l'office de médiation quels que soient les points litigieux survenant entre assuré et assureur. Or, en cas de demandes de protection juridique litigieuses, notre Fondation ne peut qu'examiner la question de la couverture, mais pas les perspectives de succès des réclamations (en matière de droit du travail, de droit du bail, etc.) pour lesquelles l'assuré demande la protection juridique. Pour évaluer les déclarations d'inutilité de nouvelles mesures de protection juridique, la loi prévoit une procédure d'arbitrage que l'assurance protection juridique et la personne assurée doivent mener de concert.

Le règlement de la Fondation décrit certes de manière détaillée notre domaine de compétence. Les assurés ont toutefois toujours besoin d'explications approfondies, d'autant plus qu'ils se basent sur les dispositions contractuelles de leur assureur qui les incitent à s'adresser au médiateur même à cet égard.

Secteur LAA : complexité des questions de causalité

Dans le secteur LAA, Me Subilia a constaté une augmentation des cas qui se chiffraient à 70 en 2018 (65 en 2017). Un quart des requêtes (18) concernait la question des soins médicaux, suivi par 14 plaintes liées aux indemnités journalières et 13 cas portant sur les procédures administratives LAA. La notion d'accident était litigieuse dans 12 cas.

Les requêtes portant sur la causalité tournent le plus souvent autour de la question délicate du « status quo sine ». Il s'agit là de l'état de santé tel qu'il aurait probablement évolué tôt ou tard en raison du cours irréversible d'une maladie pré-existante, et ceci même si l'assuré n'avait pas subi d'accident. D'un point de vue juridique, selon les cas, il n'y a alors plus de lien entre l'accident et l'état de santé actuel. Et ceci alors que l'état de santé antérieur à l'accident n'a pas pu être de nouveau atteint « status quo ante ». Bien que cette jurisprudence doive être considérée comme bien établie, il s'avère souvent difficile d'expliquer aux assurés que les problèmes de santé dont ils souffrent ne constituent plus une conséquence de leur accident d'un point de vue juridique et que l'assureur LAA n'est donc plus tenu de fournir ses prestations.

Pour illustrer cette situation, citons l'exemple d'une requête liée à un accident de sport. Ce dernier semblait anodin dans un premier temps, mais ses conséquences ont été sérieuses. Me Subilia s'est trouvé face à des documents médicaux contradictoires au moment d'évaluer la requête qui lui a été soumise. Une partie des documents attestait que la causalité était clairement établie, tandis que les autres rapports affirmaient que l'évolution de l'état de santé était le signe d'une dégénérescence n'ayant aucun lien avec l'accident. Ce cas a malheureusement laissé un arrière-goût très amer au requérant, et ceci bien que la position de l'assurance suive en fin de compte la jurisprudence.

Les assurés apprécient nos prestations gratuites même dans les cas où l'intervention n'est pas possible

Le nombre de cas varie certes d'année en année, mais les questions de base restent

fondamentalement les mêmes. Ainsi, cette année encore, l'appel à l'office de médiation a donné un résultat satisfaisant pour bon nombre d'assurés. Certaines réclamations ont été reconnues, la situation a fait l'objet d'une explication compréhensible dans d'autres cas, tandis que plusieurs assurés ont pu être redirigés vers des offres adaptées à leurs besoins. Certains requérants ont ainsi remercié expressément et très chaleureusement la Fondation, et ceci même lorsque Me Subilia n'était pas en mesure d'intervenir. Me Subilia juge toujours très valorisant le fait de savoir que son activité de médiateur contribue quelque peu à résoudre un certain nombre de conflits de manière satisfaisante.

Autres activités

En mars 2018, la Commission de l'économie et des redevances (CER) du Conseil national a invité l'Ombudsman à une audition consacrée à la révision partielle de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA).

En avril, le médiateur a dispensé un module de cours d'une demi-journée à la Haute École de Lucerne, à l'intention d'étudiants majoritairement dans la filière du travail social et sur le point d'obtenir leur Bachelor. Ce module visait à montrer aux étudiants pour quelles problématiques liées aux assurances accident et indemnités journalières en cas de de maladie ils pouvaient bénéficier du soutien de l'office de médiation dans leur futur quotidien professionnel ; le médiateur leur a aussi expliqué ce qu'ils pouvaient faire eux-mêmes dans ce genre de situation et les points sur lesquels ils devaient se montrer attentifs.

En septembre 2018, l'Ombudsman a été élu au sein du comité par l'Assemblée générale de la Société suisse du droit de la responsabilité civile et des assurances. Cette activité honoraire permet non seulement de contribuer au développement du droit de la responsabilité civile et des assurances, mais aussi de promouvoir l'important échange scientifique de l'office de médiation avec ses membres.

Au cours de l'exercice sous revue, plusieurs contacts directs se sont déroulés entre l'Ombudsman et les membres haut placés de certaines compagnies d'assurances, sans oublier les rencontres avec les interlocuteurs de l'office de médiation auprès des compagnies d'assurance affiliées à notre Fondation. C'est là l'occasion de discuter de questions fondamentales qui ne concernent pas les affaires courantes. Le médiateur juge ces rencontres particulièrement précieuses et essentielles.

En 2018, l'office de médiation a également entretenu ses contacts avec certains médias. Il a notamment publié dans le magazine de la branche « Schweizer Versicherung » des comptes rendus réguliers de cas anonymisés afin de sensibiliser les compagnies d'assurances à un traitement constructif des requêtes des assurés.

L'office de médiation a par ailleurs été convié à un échange avec la FINMA consacré aux questions de l'assurance maladie complémentaire. Jusqu'en été 2018, l'Ombudsman était d'autre part membre d'un groupe de travail du SFI (Secrétariat d'État aux affaires financières internationales), chargé des travaux préparatoires précédant la révision de LSA (Loi sur la surveillance des assurances).

Quant aux contacts entretenus avec des institutions étrangères et internationales dans le domaine des règlements extrajudiciaires de litiges, c'est Me Urs Bucher qui a remplacé l'Ombudsman au cours de l'exercice 2018 et qui s'en est chargé.

Changements au sein du Conseil de Fondation

Au cours de l'exercice sous revue, Monsieur Thomas Mäder a quitté le Conseil de Fondation à fin 2018, où il exerçait ses fonctions de représentant de la branche de la Suva depuis dix ans. Monsieur Mäder a fait preuve d'un engagement actif en faveur des intérêts de l'Office de médiation et de l'indépendance de ce dernier. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements pour son précieux travail ainsi que nos meilleurs vœux pour son avenir.

Le Conseil de Fondation a élu en novembre 2018 Madame Petra Huwiler pour succéder à Monsieur Thomas Mäder en qualité de représentante de la branche de la Suva à partir du 1er avril 2019.

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le Président

Rolf Schweiger

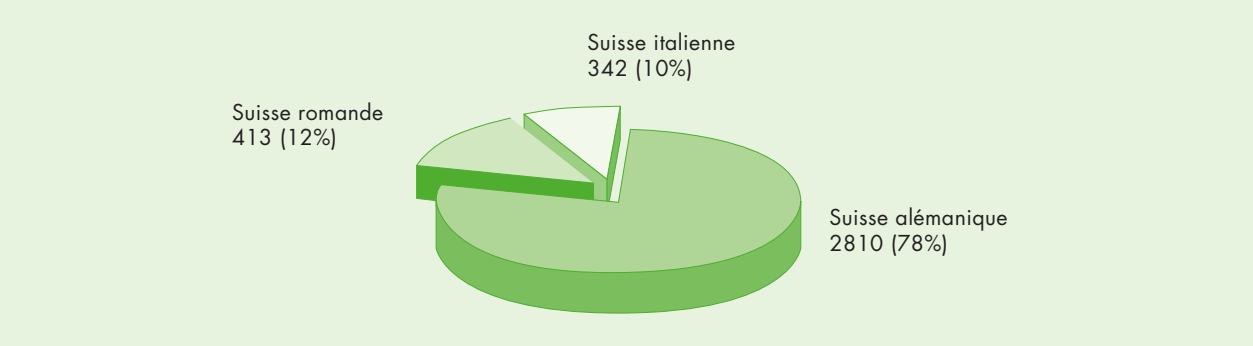
L'Ombudsman

Martin Lorenzon

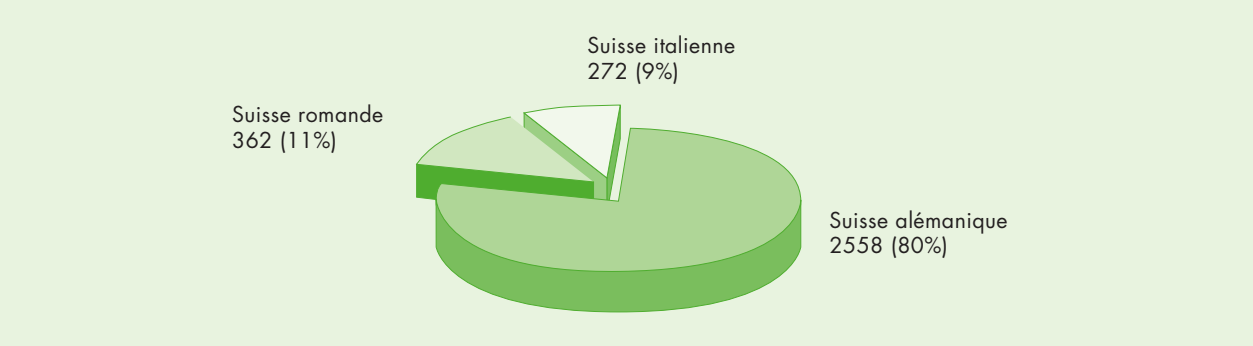
Zurich, mars 2019

Les statistiques 2018

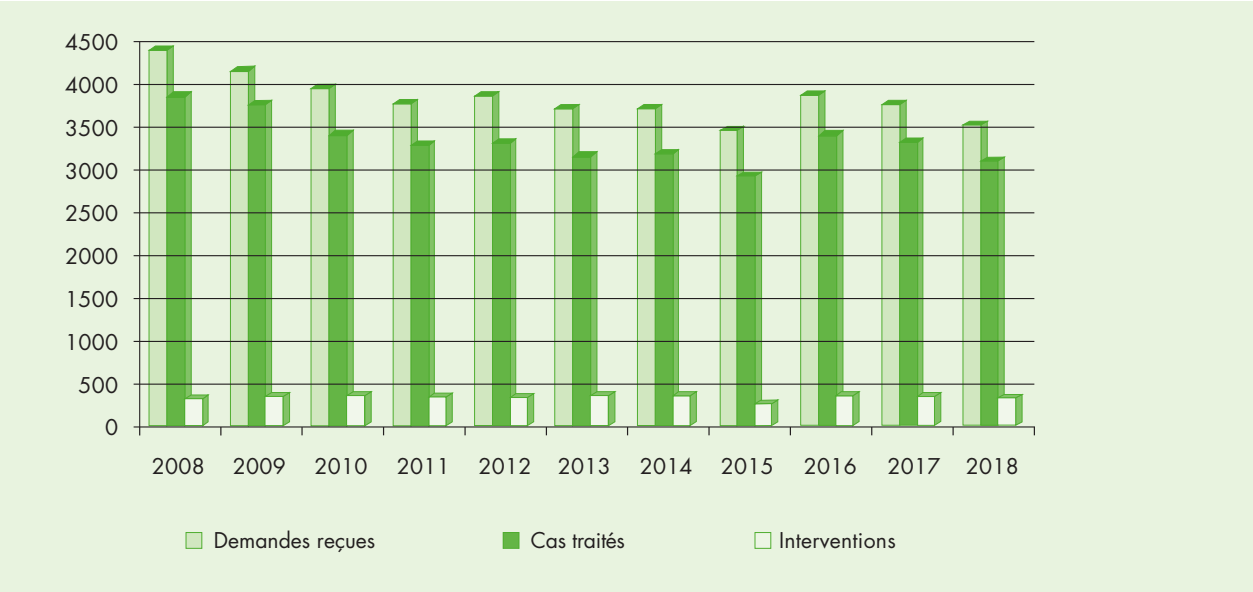
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2008 à 2018



Sociétés affiliées de A à Z

(état au mars 2019)

ACE Assurances (act. Chubb Assurances (Suisse) SA)
Agrisano Assurances SA (assurance-maladie exceptée)
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 Partners (anc. Genworth)
AXA Winterthur
AXA Winterthur Vie
Bâloise Compagnie d'Assurances
Bâloise Vie
CAP Protection juridique
Cardif
CCAP Caisse Cantonale d'Assurance Populaire
Chubb Insurance Company of Europe SA, Zurich
Chubb Assurances (Suisse) SA (anc. ACE)
Cigna
Coop Protection juridique
CSS Assurance SA (assurance-maladie exceptée)
DAS (act. CAP)
Dextra
elipsLife
Elvia (= Allianz Suisse)
Emmental Assurance
Epona
Européenne Assurances Voyages SA
Fortuna Protection juridique
GAN
Generali
Generali Assurance de personnes
Genworth Financial (act. AXA Partners)
Great Lakes Insurance SE, Swiss branch
Groupe Mutuel Assurances GMA SA (assurance-maladie exceptée)
Groupe Mutuel Vie GMV SA
HDI Global SE (anc. HDI 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
Lloyd's, London, ZN Zurich
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
Palladio Assurances SA
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
SWICA (assurance-maladie exceptée)
Swiss Life
Sympany
TCS Assurances SA (TCS exceptée)
TSM
UBS Life SA (act. Skandia)
UNIQA
USS Assurances
Vaudoise Générale
Vaudoise Vie
Visana Assurance SA (assurance-maladie exceptée)
Winterthur ARAG (act. AXA ARAG)
XL Assurance Suisse SA
XL Insurance Company SE
Zenith Vie (act. Palladio)
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
8001 Zürich

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

Ombudsman
dell'assicurazione privata e della Suva
Corso Elvezia 7
Casella postale 5371
6901 Lugano

Tel: 091 967 17 83
Fax: 091 921 13 02
E-Mail: help@ombudsman-assicurazione.ch

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