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

Rapport annuel 2019

47e 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
État au 31 décembre 2019

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, Suva, Directrice de la division prestations d'assurance, Root
Francis Matthey, ancien conseiller d'Etat et ancien conseiller national, La Chaux-de-Fonds
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, assistante
Anne-Catherine Nabholz, docteur ès lettres, assistante

Bureaux décentralisés

Suisse romande

Me Olivier Subilia, docteur en droit, avocat

Suisse italienne

Avv. Marco Cereghetti

Avant-propos

Chères lectrices, chers lecteurs,

L'exercice 2019 a été à la fois exigeant et captivant. D'une part, le nombre de requêtes soumises à l'Ombudsman a augmenté, de même que le niveau d'exigences de nombreux assurés. Divers projets internes ont par ailleurs rythmé l'année. La digitalisation galopante de la société nous a amenés à adapter nos processus, et ceci à différents niveaux : augmentation de la communication électronique, des besoins des assurés qui en découlent, et évolutions numériques dans le secteur des assurances.

Reste que nous avons réussi à régler avec l'efficacité habituelle les demandes et les plaintes qui nous ont été soumises. Ce bilan positif a été rendu possible non seulement par le travail du personnel de l'office de médiation, mais également par le sérieux et la rapidité dont font preuve la grande majorité des compagnies d'assurances affiliées dans le traitement de nos interventions.

À relever malheureusement que, de plus en plus souvent, certaines autorités imposent aux assureurs des contraintes qui outrepassent leurs compétences, ce qui complique le travail des assurances, mais également celui de l'office de médiation. Concrètement, il s'agit de contraintes et d'interdictions émises par l'assurance invalidité fédérale et par la police lors de la remise de dossiers AI et de rapports de police aux assureurs, le tout en interdisant à ces derniers de transmettre les dossiers en question à des tiers. Par conséquent, les collaborateurs des assurances partent du principe qu'ils ne sont pas habilités à transmettre ces dossiers à leurs propres assurés. À mon avis, les assurés devraient être considérés comme des individus directement concernés, et non comme des « tiers ». Les assureurs craignent en outre de ne plus avoir accès aux dossiers à l'avenir s'ils outrepassent ces interdictions, alors qu'ils ont besoin de les consulter.

En ma qualité d'Ombudsman, je peux comprendre que cela inquiète, voire intimide les collaborateurs des compagnies d'assurances, qui veulent faire leur travail correctement. Cela dit, si un assureur décide de respecter ce genre d'interdiction, il ne sera plus en mesure d'étayer les faits sur lesquels s'appuie le refus de prestations, ce qui n'est pas compatible avec les règles sur le fardeau de la preuve.

D'autre part, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assureur est maître des données collectées et est donc soumis aux dispositions de la loi fédérale sur la protection des données. Selon l'art. 8 LPD, les assurances sont donc dans l'obligation vis-à-vis des assurés de leur communiquer les données les concernant contenues dans leurs fichiers. La situation juridique ne pourrait

faire l'objet d'une appréciation différente que si l'assureur était en droit de refuser la communication des renseignements demandés dans la mesure où une loi au sens formel le prévoit ou si les intérêts prépondérants d'un tiers l'exigent, selon l'art. 9 LPD. Dans la pratique que nous connaissons, ce n'est pas le cas la plupart du temps. **En résumé, les assureurs doivent décider eux-mêmes, en se basant sur la législation en matière de protection des données, à qui ils fourniront telle ou telle donnée**.

Il n'y a donc aucune base justifiant les contraintes et les interdictions émises par l'assurance invalidité fédérale et la police (qui ne sont pas compatibles avec la législation en vigueur sur la protection des données et les règles sur le fardeau de la preuve).

Je vous souhaite une agréable lecture du rapport annuel 2019. 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 2019

Au cours de l'exercice 2019, le nombre de requêtes et de plaintes entrant dans le champ de compétences de l'office de médiation a augmenté de 4,9%, passant de 3192 à 3350.

Dans 2958 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, 392 requêtes sur 1501 ont donné lieu à une intervention auprès de l'assureur concerné, ce qui correspond à un taux d'intervention de 26,1%. Le taux de succès lors des interventions a atteint 60,2%. La valeur litigieuse la plus élevée dans les interventions réalisées a atteint CHF 425 000.–, la moins élevée CHF 96.–.

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 52,8% des cas. La branche de la protection juridique a connu une forte augmentation de 34% du nombre de cas par rapport à l'exercice précédent, avec des assureurs qui se montrent particulièrement stricts dans leur pratique et des assurés qui sont de plus en plus exigeants. Sur le plan des chiffres, ce sont les demandes dans le secteur de l'assurance accidents obligatoire (LAA) qui ont le plus augmenté, passant de 694 à 869 (soit +25,2%). Le rapport annuel 2018 faisait état des demandes émanant de clubs de sport qui devaient faire face au problème de trouver une assurance LAA pour leur personnel soumis à l'AVS : ces cas ont certes diminué, mais ne sont pas complètement résolus.

Pour la première fois, l'office de médiation a reçu des plaintes issues de contrats de prêts hypothécaires à l'encontre d'un assureur qui appliquait des taux d'intérêt négatifs lors du calcul de l'indemnité de résiliation en cas de résiliation anticipée.

Quelques problèmes liés à des assurances voyage ont été difficiles à comprendre. C'est par exemple le cas d'un assureur qui, malgré sa couverture des frais de guérison survenant en urgence, a refusé de prendre en charge les coûts d'un antibiotique prescrit par l'hôpital en arguant que ce médicament n'était pas autorisé en Suisse. L'Ombudsman n'a pas non plus compris la réaction d'un assureur à qui il a montré, suite à la plainte d'une assurée, que les conclusions de police en ligne donnaient lieu à des erreurs dans les contrats. L'assureur a fini par corriger cette erreur après des mois d'attente, et grâce à la pression des médias tessinois que l'assurée avait alertés.

Le refus de prestations d'un assureur a également posé problème : il refusait de couvrir le vol d'un vélo entreposé dans l'abri à vélos d'une gare au motif que l'assuré concerné s'était déjà fait voler un vélo au même endroit.

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2019
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 10
Secteur LAA et assurance militaire 16
Secteur de la prévoyance professionnelle 19

Les bureaux décentralisés
Bureau décentralisé de Suisse italienne 21
Bureau décentralisé de Suisse romande 23

Autres activités 26

Les statistiques 2019
Statistique par régions : demandes reçues 27
Statistique par régions : cas traités 27
Activité de 2009 à 2019 27

Sociétés affiliées 28

Aperçu de l'exercice 2019

Evolution du nombre de cas

Au cours de l'exercice 2019, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'office de médiation s'est monté à 3703 (3565 en 2018).

Total des demandes				3703	(3565)
De notre compétence				3350	(3192)
Cas réglés directement	• par téléphone	1849	(1786)		
	• par écrit	1109	(1063)	2958	(2849)
Interventions				392	(343)

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Le nombre de cas relevant de notre compétence a augmenté de 4,9%, passant de 3192 à 3350. Cette évolution reste globalement dans le cadre des fluctuations habituelles.

Le nombre de demandes sortant de la sphère de compétence de l'office de médiation a reculé, passant de 373 à 353. 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 36. 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	**2019**	A	B	C	D	2018
RC auto	**265**	44	47	143	31	238
Chômage	**2**		1	1		0
Vol	**57**	11	7	34	5	48
Casco	**177**	26	14	59	78	184
Incendie et éléments naturels	**18**	3	1	12	2	28
Bâtiments/bris de glace	**56**	19	3	27	7	49
Responsabilité civile	**217**	38	9	137	33	243
Ménage	**92**	29	20	26	17	99
Téléphone mobile	**14**		1	5	8	12
Hypothèque	**14**	7	3	2	2	6
Cautionnement	**2**	1			1	3
Maladie	**565**	102	51	301	111	649
Vie	**240**	103	10	62	65	251
Machines	**0**					0
Protection juridique	**414**	72	37	208	97	309
Voyages	**147**	17	2	108	20	162
Bijoux	**1**			1		2
Animaux	**15**	4	3	8		12
Transport	**3**			3		2
Accidents (privé)	**30**	6	3	15	6	44
Dégâts d'eau	**68**	9	1	51	7	74
Garantie de crédit	**18**			9	9	6
Garantie	**1**	1				5
LAA	**869**	18	4	587	260	694
LPP	**65**	9	1	27	28	72
Total	**3350**	**519**	**218**	**1826**	**787**	**3192**

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	**2019**	2018	2017	2016	2015
LAA	**869**	694	718	709	559
Maladie	**565**	649	654	621	533
Protection juridique	**414**	309	293	328	283
RC auto	**265**	238	277	295	234
Vie	**240**	251	318	298	279
RC générale	**217**	243	227	235	207

Ventilation des demandes selon leur provenance

Ventilation selon le sexe ou autres critères

Se sont adressés à l'office de médiation en 2019 :

Hommes	2025	(1965)
Femmes	1544	(1414)
Entreprises, autorités et organisations	134	(186)

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Ventilation en fonction des régions linguistiques

Total des demandes reçues	2019	2018	Différence
Suisse alémanique	2917	2810	+ 107
Suisse romande	433	413	+ 20
Suisse italienne	353	342	+ 11
Total	**3703**	**3565**	**+ 138**

Du domaine de compétence de l'Ombudsman	2019	2018	Différence
Suisse alémanique	2641	2558	+ 83
Suisse romande	379	362	+ 17
Suisse italienne	330	272	+ 58
Total	**3350**	**3192**	**+ 158**

La hausse de 4,9% des cas relevant de la compétence de l'Ombudsman, passés de 3192 à 3350, concerne aussi bien le siège principal de l'office de médiation à Zurich (+3,2%) que les bureaux décentralisés de Lausanne (+4,7%) et de Lugano (+21,3%).

Interventions

Le nombre total d'interventions a augmenté, passant de 343 à 392, 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.

	2019	2018	Différence
Suisse alémanique	338	303	+ 35
Suisse romande	31	30	+ 1
Suisse italienne	23	10	+ 13
Total	**392***	**343**	**+ 49**

*Dont 372 (95%) liquidées à fin 2019.

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

Assurance privée	25,51%	(24,30%)
Assurance accidents obligatoire (LAA)	28,48%	(24,55%)
Fondations collectives LPP	21,87%	(25,53%)

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Le nombre de cas ayant nécessité plusieurs interventions a augmenté par rapport à l'exercice précédent, passant de 53 (15,4%) à 68 (17,3%).

Interventions par branche / secteur

Branche / secteur	sans interv.	1 Int.	2 Int.	3 Int.	Total
RC auto	226	35	4		39
Chômage	2				0
Ménage	85	7			7
Tél. mobile	12	2			2
Vol	47	7	2	1	10
Eléments naturels	6	4			4
Incendie	8				0
Casco	162	10	5		15
Bâtiments	44	5	3		8
Bris de glace	2	2			2
Garantie	1				0
Resp. civile	205	10	2		12
Maladie	496	56	7	6	69
Cautionnement	2				0
Garantie de crédit	17	1			1
Hypothèque	13	1			1
Vie	213	26	1		27
Machines	0				0
Voyages	121	22	4		26
Protect. juridique	369	34	11		45
Bijoux	1				0
Transport	2	1			1
Animaux	13	2			2
Accidents (privé)	24	6			6
Dégâts d'eau	58	8	2		10
LAA	771	81	16	1	98
LPP	58	4	3		7
Total	**2958**	**324**	**60**	**8**	**392**

Taux de succès lors des interventions

Le résultat des 372 (324) interventions clôturées à fin 2019 a été positif dans 224 cas (220) et négatif dans 136 cas (96). Dans 12 cas (8), le résultat a été enregistré comme neutre.

Le taux de succès lors des interventions atteint par conséquent 60,2% (67,9%). Le recul du taux global de succès est essentiellement dû au fait que, parmi le nombre de cas fortement accru des dossiers LAA, seules 50% des interventions se sont soldées par un résultat positif. La LAA fait en effet partie des assurances sociales où la marge de négociations est bien plus faible que dans le secteur des assurances privées, d'où cette situation.

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 dans sa prise de position. Seuls quelques rares cas ont amené le médiateur à recommander au requérant de faire appel à un avocat ou à son éventuelle assurance protection juridique. 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.

La qualité de la collaboration 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. Lorsque des problèmes isolés ont été rencontrés dans le cadre de la collaboration, ils 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, suite à un examen sérieux de nos interventions.

Seules quelques situations particulières ont engendré une insatisfaction au niveau de la collaboration, par exemple 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.

Les processus numériques des assureurs ont parfois posé problème parce que nos interventions ont été transmises par le système informatique de l'assurance au collaborateur en charge du dossier, et non à l'interlocuteur à qui notre intervention était destinée. Cette situation a provoqué des retards, qui pourront toutefois être évités à l'avenir grâce à des mesures ciblées qui ont été mises en place. L'Ombudsman n'a pas non plus compris la réaction d'un assureur à qui il a montré, suite à la plainte d'une assurée, que les conclusions de police en ligne donnaient lieu à des erreurs dans les contrats. L'assureur a fini par corriger cette erreur après des mois d'attente, et grâce à la pression des médias tessinois.

La durée de traitement des dossiers par les assureurs reste inchangée. Dans le secteur des assurances de personnes, elle se monte à environ quatre à six semaines, et à deux à quatre semaines dans les autres secteurs.

La durée de traitement moyenne atteint malheureusement toujours six à douze semaines chez certains assureurs LAA. Pour le médiateur, un tel laps de temps moyen est trop long. À ses yeux, les cas où l'office de médiation doit intervenir doivent faire l'objet d'un traitement prioritaire. En effet, en traitant une plainte avec la célérité adéquate, on contribue à ce que l'assuré se sente pris au sérieux, ce qui permet de désamorcer les conflits et les divergences d'opinion sur le plan émotionnel.

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

Le secteur des assurances privées

Secteur vie

Au cours de l'exercice 2019, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a de nouveau diminué (de 251 à 240). 27 cas (32) ont nécessité une intervention. L'issue a été positive dans 54% d'entre eux, améliorant globalement la situation du requérant.

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

Pilier 3b : préjudice fiscal en raison de lacunes en matière de conseil lors de la conclusion du contrat concernant les répercussions fiscales / imposition du rendement de la police d'assurance vie mixte suite à un versement avant l'âge de 60 ans

Nous avons eu affaire à quelques cas où le preneur d'assurance reprochait à l'assureur de ne pas l'avoir correctement informé, lors de la conclusion du contrat, sur les répercussions fiscales du versement de la prestation en cas de vie avant d'avoir atteint l'âge de 60 ans.

L'un de ces cas concernait un requérant qui avait conclu une police d'assurance vie mixte au 01.01.1997 par le biais d'une prime unique, avec une durée fixée jusqu'à fin 2016. À l'échéance du versement en cas de vie, il a constaté que le rendement du capital aurait été exonéré d'impôts seulement s'il avait été versé après le 60e anniversaire du requérant. Dans le cas présent, ce délai aurait été le 12.02.2017, soit 40 jours après l'échéance de la police. Le requérant a fait valoir le préjudice fiscal subi d'environ CHF 10 000.– auprès de son assurance vie dès qu'il en a pris connaissance. L'assureur a opposé un refus à cette demande de réparation.

Dans son intervention, l'office de médiation a souligné que les critères d'exonération d'impôts étaient connus au moment de la conclusion du contrat, en 1997, et que l'assureur devait aussi les connaître.

En outre, les avantages fiscaux constituent une information centrale en matière de produits d'assurance. D'ailleurs, sur son site Internet, l'assureur en question fait la promotion des avantages fiscaux liés aux assurances vie et épargne. L'assureur est soumis à un devoir d'information (issu de l'interdiction de la tromperie) concernant les éléments déterminants que le partenaire de négociation ne connaît pas et n'est pas tenu de connaître, mais qui peuvent influencer la décision de celui-ci sur la conclusion du contrat ou ses conditions. En raison de son bagage de connaissances nettement plus développé, l'assureur doit informer son partenaire de négociation en toute bonne foi, et ceci avant la conclusion du contrat. S'il omet de le faire, il doit en répondre selon les règles de la responsabilité contractuelle.

Par la suite, l'assureur s'est déclaré prêt à partager à 50% le montant exigible des impôts, à titre non préjudiciel et sans pour autant reconnaître l'existence d'une obligation juridique. Il a justifié cette décision en soulignant que ce n'était pas lui qui s'était occupé du conseil lors de la conclusion du contrat, mais un courtier, et que la proposition d'assurance avait été effectuée en lien avec le financement d'un logement. L'exonération fiscale et les conseils y afférents n'avaient par conséquent pas été centraux lors de la discussion.

Après avoir examiné cette prise de position, le médiateur a informé le requérant qu'il ignorait que, lors de la conclusion du contrat, le conseil avait été fourni par un courtier en assurances (juridiquement indépendant de l'assureur). C'est donc bien au courtier qu'incombait la responsabilité d'un conseil correct lors de la conclusion du contrat. En revanche, l'assureur était aussi au

courant de la date de naissance et de l'âge du requérant ; dans le cadre de l'examen de la proposition d'assurance, il aurait donc dû contacter le proposant en raison de la date d'échéance de la police afin de mettre au clair ce délai en l'adaptant aux répercussions fiscales. Compte tenu de toutes ces circonstances, le médiateur a jugé la proposition de l'assureur équitable et le requérant l'a acceptée.

Contrats hypothécaires : contestation de la prise en compte de taux d'intérêt négatifs en cas d'indemnités de résiliation par l'assureur

Certaines plaintes concernaient des litiges liés à des contrats hypothécaires conclus avec des compagnies d'assurance vie. La question qui se posait dans la plupart des cas était la suivante : les indemnités de résiliation exigées par l'assureur suite à la résiliation anticipée d'une hypothèque à taux fixe étaient-elles trop élevées ou non ? Une requérante a expliqué qu'elle avait déposé auprès de son assurance vie une demande de remboursement d'une indemnité de résiliation trop élevée liée à une hypothèque. Le calcul de l'indemnité effectué par l'assureur englobait des taux d'intérêt négatifs. La compagnie d'assurances a refusé tout remboursement, parce que les taux négatifs peuvent aussi être pris en compte selon la formule de calcul. La requérante s'est adressée au médiateur et a accompagné sa requête d'un arrêt émis par le tribunal de district de Zurich, daté du 28.09.2018.

Selon le chiffre 8, al. 2 des conditions générales de prêt hypothécaire déterminantes datées de mai 2012, le bonus et la perte d'intérêts sont calculés à partir de la différence entre le taux d'intérêt hypothécaire convenu contractuellement et le taux d'intérêt qui peut être atteint au moment du remboursement en cas de réinvestissement sur les marchés financiers et monétaires pour la durée du temps restant contractuellement convenu.

Mais que faut-il entendre par « taux d'intérêt qui peut être atteint » ? Dans la décision susmentionnée, le juge en charge de l'affaire a conclu que les taux d'intérêt négatifs n'étaient pas à prendre en compte. D'une part, le terme « atteindre » évoque bien un rendement positif. De l'autre, au moment de la conclusion du contrat, les taux d'intérêt négatifs n'étaient pas d'actualité et un profane en la matière n'a donc pas à partir du principe qu'ils seraient à l'ordre du jour.

L'office de médiation a considéré cette décision de première instance comme défendable. En même temps, il comprenait également l'interprétation des dispositions régissant l'indemnité de résiliation effectuée par la compagnie d'assurances. L'office de médiation s'est donc adressé à l'assureur en faisant valoir qu'il s'agissait d'un cas équivoque qui devrait être interprété selon les principes d'interprétation des CG « in dubio contra stipulatorem ».

Nous avons donc recommandé à l'assureur de choisir la variante la plus avantageuse pour la requérante. Le remboursement de la différence des taux négatifs nous paraissait tout particulièrement adéquat vu qu'il s'agissait ici d'un contrat datant de 2012. L'assureur a refusé tout arrangement à l'amiable.

Entre-temps, le tribunal cantonal de Zurich s'était prononcé dans un cas analogue à l'encontre d'une banque, rejoignant la décision préliminaire du tribunal de district de Zurich.

Recommandation aux assureurs :
Le médiateur recommande aux compagnies d'assurances qui proposent des prêts hypothécaires de ne pas appliquer de taux d'intérêt négatifs lors du calcul de l'indemnité de résiliation, si le contrat hypothécaire à résilier a été conclu avant l'introduction des taux négatifs en 2015.

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 de résiliation du contrat, de conclusion du contrat et d'étendue de la couverture.

Assurance vélo : reste-t-on couvert contre le risque de vol de vélo dans un abri à vélos dans une gare, si l'on s'est déjà fait voler son vélo au même endroit ?

Quelques cas liés aux assurances choses concernaient les vols de vélos. Dans un de ces cas, un apprenti a entreposé son vélo en novembre 2018 dans un abri à vélos, dans une gare du canton de Berne, et l'a cadenassé en l'attachant au dispositif solide en acier prévu à cet effet. Selon la déclaration de sinistre, le vélo avait disparu quand il est revenu plus tard vers l'abri à vélos.

Il a déposé plainte pour vol auprès de la police, puis a déclaré le sinistre à son assurance vélo, mais cette dernière a refusé de prendre en charge le vol du vélo. Elle a justifié cette décision en arguant que l'assuré avait agi à l'encontre de son obligation de limiter les dommages. En effet, il avait garé son vélo à la gare, alors qu'il s'était déjà fait dérober un vélo au même endroit auparavant. Son exposé des faits n'était en outre pas très crédible : l'assureur avait des doutes concernant les déclarations de l'apprenti selon lesquelles il avait besoin de l'argent de l'assurance en urgence pour s'acheter un nouveau vélo et se rendre à son travail.

Ne l'entendant pas de cette oreille, l'assuré s'est adressé à l'office de médiation. Ce dernier a considéré la version des faits du requérant comme vraisemblable. Le médiateur est donc intervenu auprès de l'assureur en soulignant que l'exclusion de couverture (parce que l'assuré a provoqué un sinistre par négligence grave) n'était pas applicable. Selon le médiateur, le requérant avait satisfait à ses obligations raisonnablement exigibles en tenant compte des informations à sa disposition : il a dit avoir utilisé un cadenas très solide, qui plus est dans un abri à vélos des plus modernes. Après avoir découvert le vol, il s'est adressé au guichet de la gare pour savoir si l'abri à vélos disposait d'une vidéosurveillance. On lui a répondu qu'il n'y avait pas de vidéosurveillance, mais qu'une équipe de police patrouillait à l'occasion dans la gare. Indépendamment de ce fait, le médiateur ne comprenait pas pourquoi un apprenti ne pourrait pas être tributaire des prestations de son assurance pour s'acheter un nouveau vélo ; qu'est-ce que cet élément avait à voir avec la crédibilité de la description des faits ?

L'assureur a campé sur sa position, faisant valoir que le risque accru de vol de vélo dans les gares était notoire, d'autant plus s'il s'agit d'un vélo prestigieux ou onéreux, exposé sur ce lieu donné tous les jours, ce qui attire encore plus les voleurs. Certes, les cadenas sont solides, mais ils ne constituent pas un facteur de protection de longue haleine. Selon la compagnie d'assurances, vu que l'assuré s'était déjà fait voler son vélo onéreux peu avant ce deuxième incident, il n'aurait pas dû se rendre au même endroit pour le garer, et encore moins pendant la totalité de ses heures de travail.

L'assureur a annoncé au médiateur par téléphone qu'il persistait à douter de l'exposé des faits de son assuré et qu'il restait définitivement sur sa position. Le médiateur a ensuite informé le requérant qu'il ne partageait pas le point de vue de l'assureur du point de vue juridique : en effet, l'assuré n'a pas provoqué un sinistre par négligence grave, ce qui selon les conditions générales d'assurance (CGA) aurait donné lieu à une exclusion de couverture.

Assurance casco – sinistre à l'étranger – carte verte

Plusieurs requêtes adressées à l'office de médiation en 2019 ont montré que les personnes au bénéfice d'une assurance véhicules à moteur ne sont pas très au clair concernant la « carte verte » et sa signification. Tel a par exemple été le cas du client d'une assurance véhicules à moteur suisse qui a subi un sinistre en Tunisie suite à une affaire de vandalisme. Outre le sinistre sur sa voiture qu'il a annoncé, différents objets ont été volés dans le véhicule même. Son assureur véhicules à moteur a refusé de couvrir le sinistre casco invoqué parce que, selon les conditions générales d'assurance (CGA), la couverture n'était pas valable sur les dommages casco survenus en Tunisie. L'assuré était en désaccord avec cette réponse parce que sa « carte verte » était bel et bien valable en Tunisie. Il s'est donc adressé à l'office de médiation. Le médiateur a été obligé d'informer le requérant que le document d'assurance désigné sous le nom de carte verte ne sert qu'à une chose : attester que le véhicule désigné sur la carte dispose d'une couverture RC suffisante lors d'un voyage à l'étranger. La carte verte n'a donc aucun lien avec l'assurance casco.

Recommandation aux assureurs :
Sachant que les données fournies par l'assureur casco sur le champ d'application de la couverture casco ne sont pas toujours simples à entendre pour des personnes peu familières du droit, le médiateur recommande de bien préciser si le champ d'application géographique diffère de celui indiqué par la carte verte, que ce soit dans les informations précontractuelles ou dans les CGA.

Assurance accidents privée : modification de contrat unilatérale illicite effectuée par l'assureur justifiée par une clause d'adaptation de contrat formulée trop vaguement dans les conditions contractuelles

Les articles dans les médias concernant la révision en cours de la LCA au printemps 2019 ont entraîné plusieurs requêtes en lien avec des modifications de contrat unilatérales illicites. L'un de ces cas concernait une assurance accidents privée. L'assurée a rapporté que son assureur accidents avait réduit le capital décès de CHF 400 000.– à CHF 50 000.– il y a quelque temps déjà. Il a justifié cette adaptation du contrat par des « raisons techniques », sans davantage de transparence. La preneuse d'assurance a demandé si le fait d'avoir atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS avait influencé cette adaptation, mais l'assureur a répondu par la négative. Les doléances suivantes de l'assurée sont restées lettre morte. Après avoir pris connaissance des articles de presse susmentionnés, elle a donc demandé à l'office de médiation de servir d'intermédiaire avec l'assureur accidents.

En examinant le dossier, le médiateur a constaté que les conditions générales d'assurance (CGA) déterminantes en la matière mentionnaient certes cette option à disposition de l'assureur, à savoir la possibilité de modifier les prestations assurées si le tarif des primes change ou si l'assurée atteint l'âge ordinaire de la retraite AVS. Par contre, les CGA ne mentionnaient pas comment ou dans quelle mesure les prestations d'assurance pouvaient être adaptées, le cas échéant.

Le médiateur est intervenu auprès de l'assurance pour l'informer que, d'après lui, les CGA ne répondaient pas aux exigences en vigueur du Tribunal fédéral concernant les modifications contractuelles unilatérales. Il a renvoyé en même temps à l'ATF 135 III 1 ss, considérant 2.5, qui mentionne notamment le point suivant :

« 2.5 Si, lors de la conclusion du contrat, les parties tablent sur des événements futurs, elles peuvent prévoir une adaptation contractuelle pour ce cas. Cela permet d'accorder à l'une des parties le droit (formateur) de s'éloigner du principe de

respect du contrat et de modifier les dispositions contractuelles de manière unilatérale. ***Pour que les clauses d'adaptation soient toutefois valables, il faut régulièrement définir contractuellement aussi bien l'événement attendu que la teneur de l'adaptation ; en effet, un contrat ne peut voir le jour que si le contenu et l'ampleur des prestations sont déterminés de manière même minimale et peuvent ainsi être respectés. Un droit formateur indéfini pour modifier unilatéralement les obligations contractuelles de verser des prestations s'oppose à la nature même et à l'objectif du contrat, qui sert justement à définir les droits et les obligations de chaque partie.*** »

Ce cas concret ne disposait d'aucune base contractuelle en matière de modification des primes, que ce soit pour réduire les prestations à 1/8 du niveau précédent (CHF 400 000.–) ou pour réduire en même temps la prime de CHF 280.– à CHF 100.–. En s'appuyant sur la jurisprudence susmentionnée, l'Ombudsman a souligné que la réduction de la police effectuée par l'assureur accidents n'avait aucun rapport avec la prime et la prestation d'assurance précédente.

Cela aurait pu être le cas, par exemple, si les coûts du risque global supportés par l'assureur avaient doublé, et que l'assureur avait par conséquent doublé la prime ou réduit les prestations d'assurance de 50%, ou encore si ces deux éléments avaient été combinés de manière correspondante.

Le médiateur a donc proposé à l'assureur de trouver une solution à l'amiable dans l'intérêt des deux parties. La requérante et l'assureur se sont donc mis d'accord pour adapter la prime de CHF 100.– à CHF 280.–, tout en procédant à une hausse en corrélation de la prestation en cas de décès, qui est passée de CHF 50 000.– à CHF 140 000.–.

Assurance voyage : prise en charge des frais urgents de traitement et d'hospitalisation à l'étranger

Un vacancier a conclu une assurance voyage avant son départ en Allemagne pour une excursion à vélo. Pendant son voyage, il s'est fait mordre par un chien et il a été obligé de se rendre à l'hôpital pour une consultation. Là-bas, on lui a notamment remis une ordonnance pour un antibiotique, l'Unacid, fabriqué par la société Pfizer. À son retour en Suisse, son assurance voyage a refusé de prendre en charge les coûts du médicament ainsi que le matériel spécifique de bandage, en arguant que les articles en question n'étaient pas remboursés en Suisse.

L'office de médiation est intervenu auprès de l'assureur, faisant valoir que les conditions générales d'assurance (CGA) garantissent une couverture subsidiaire des frais médicaux en cas d'accident et de maladie et que les frais de traitement et d'hôpital sont assurés aux tarifs usuels sur le lieu du traitement. Aux yeux du médiateur, il est vain de prétendre qu'un médicament non autorisé en Suisse ne doit pas être assuré dans le cadre de la couverture subsidiaire pour les frais médicaux à l'étranger : cela ne repose sur aucune base contractuelle. Ayant été prescrit par l'hôpital dans le cadre du traitement sur place, le médicament en question devrait être remboursé par l'assureur. L'assureur s'est alors montré coopératif et a pris en charge les frais invoqués.

Assurance animaux : délai de carence contractuel de 10 jours à compter de la conclusion de l'assurance, en cas d'accident

Le propriétaire d'un animal a conclu une assurance pour son chien le 17.07.2019. Suite à une blessure de l'ergot le 27.07.2019, le chien a dû subir un traitement chez le vétérinaire. Après la déclaration du sinistre effectuée par le requérant, son assurance animaux a commencé par confirmer la couverture du cas à la mi-octobre 2019, avant de revenir sur sa

décision quelques jours plus tard. L'assureur a justifié ce revirement en déclarant que le délai de carence de 10 jours n'était pas encore écoulé le jour du sinistre. En désaccord avec cette notification, le propriétaire du chien s'est adressé au médiateur. Au vu du dossier en sa possession, ce dernier a demandé à l'assureur de prendre position. Après avoir reçu la réponse de l'assureur, nous avons dû informer le requérant que le délai de carence est de 10 jours entiers et ne peut être raccourci. Pour cette raison, le jour où l'assurance a été conclue, vers environ 16 heures, ne compte pas comme un jour entier. Il y a en outre une raison juridique qui fait que le délai de carence ne s'achève qu'à la fin du 27.07.2019. Selon l'art. 100, al. 1 LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance), le contrat d'assurance est régi par le droit des obligations pour tout ce qui n'est pas réglé par la LCA. Dans l'art. 77, al. 1, chiffre 1, le droit des obligations prévoit pour les obligations et les autres actes juridiques soumis à l'expiration d'un délai que : si le délai est fixé par jours, la dette est échue le dernier jour du délai, celui de la conclusion du contrat n'étant pas compté.

Sachant que l'obligation, à savoir l'expiration du délai de carence et donc le début de la couverture, n'a débuté que le jour suivant le 27.07.2019, nous n'avons pas pu émettre de critique concernant la position de l'assureur.

Secteur de l'assurance protection juridique : forte hausse des cas

Dans le secteur des assurances protection juridique, le nombre de cas a fortement augmenté par rapport à l'exercice précédent, passant de 309 à 414. Nous ne sommes pas en mesure d'en élucider les causes précises. Indépendamment de ce fait, nous constatons que la déception des détenteurs d'une assurance protection juridique est souvent particulièrement élevée après réception d'un refus. C'est surtout le cas si un litige particulièrement chargé émotionnellement est à l'origine de la demande de protection juridique refusée (par ex. litiges liés au droit du travail ou au droit du bail), comme si un deuxième problème avec l'assurance protection juridique venait se superposer au problème initial.

Assurance protection juridique : les litiges issus des créances sont-ils couverts après une subrogation contractuelle (cession) ou légale (cession légale, succession universelle) ?

Une question qui se pose souvent dans la pratique concerne la question suivante : les litiges liés à une créance transférée par succession universelle (par ex. en tant qu'unique héritier d'une personne décédée) doivent-ils être couverts par son propre assureur protection juridique ? Dans l'un de ces cas, le requérant a expliqué que son épouse était décédée en mars 2018. Il était son unique héritier. En novembre 2018, il a adressé des créances à la caisse-maladie de l'épouse décédée, mais l'institution n'a pas réagi. Il a donc demandé à son assureur protection juridique de prendre en charge l'encaissement des créances en question. L'assureur a refusé de couvrir ce cas, arguant qu'il s'agissait en l'occurrence d'une créance cédée, exclue de la couverture selon les conditions générales d'assurance (CGA).

Le requérant était en désaccord avec cette réponse, sachant qu'une succession universelle ne pouvait être comparée à une créance cédée. L'office de médiation étant du même avis, il a d'abord confirmé à l'assureur dans son intervention que les créances cédées n'étaient évidemment pas couvertes afin d'empêcher les abus. Cela étant, de l'avis du médiateur également, une subrogation suite à une succession ne pouvait pas être comparée à une créance cédée par un tiers ; il s'agissait plutôt d'un rachat de créances stipulé par la loi suite à une succession universelle, ce qui exclut le risque d'abus.

Sans compter que la couverture d'assurance devait être garantie indépendamment de ces considérations, de l'avis de l'office de médiation. En effet, sur la base du dossier, on ne pouvait que partir du principe que le besoin en protection juridique vis-à-vis de la caisse-maladie est survenu après la succession universelle et après l'entrée en vigueur de la police du requérant. Les conditions pour la couverture d'assurance sont donc réunies. Le médiateur se demandait par conséquent si, dans ce cas concret, la couverture ne devrait pas être garantie même si les litiges issus de créances acquises par succession universelle ne justifiaient pas cette couverture.

Par la suite, après un examen approfondi des faits, l'assureur protection juridique s'est montré conciliant et a ouvert un dossier à l'encontre de la caisse-maladie incriminée.

Assurance protection juridique : couverture d'assurance après cessation d'activité

L'une des thématiques problématiques du point de vue du médiateur concerne les indépendants qui cessent leur activité, par exemple pour des raisons d'âge. Un requérant s'est adressé à l'office de médiation en expliquant que son épouse et lui-même ont été obligés, pour raisons de santé, de cesser leur activité professionnelle dans leur hôtel-restaurant, un établissement en location. Ils ont donc résilié leur bail avec la commune pour la date de cessation d'activité et, par la même occasion, annulé leur police de protection juridique.

Un litige a ensuite vu le jour avec la commune par rapport à la facture finale du contrat de bail de l'établissement. L'assureur protection juridique a refusé de prendre en charge la protection juridique requise contre la commune sachant que la demande de protection juridique n'avait pas été déposée pendant la durée contractuelle.

Après avoir reçu la plainte du requérant, l'office de médiation a demandé à plusieurs reprises à l'assureur de prendre position. Celui-ci a campé sur sa position en refusant de couvrir ce cas : en effet, l'un des niveaux de risques, à savoir le besoin de recourir à la protection juridique, était survenu après la fin du contrat. Il a notamment souligné que, contrairement à l'assurance RC professionnelle, l'assurance protection juridique ne prévoit en règle générale pas de couverture du risque antérieur ou de couverture subséquente.

Suite à un examen approfondi du dossier, le médiateur a dû informer l'assuré que la position de l'assureur ne pouvait être critiquée d'un point de vue juridique, vu que le besoin d'aide juridique n'était survenu qu'après la fin du contrat.

Cela étant, l'Ombudsman juge cette situation insatisfaisante : pourquoi ne peut-on pas bénéficier d'une protection juridique pour des litiges qui surviennent en lien avec une activité professionnelle, mais après la cessation d'activité et donc la résiliation de l'assurance protection juridique y afférente ? Et ceci parce que, d'une part, les assurés mettent un terme à leurs polices d'assurance en même temps que leur cessation d'activité, et d'autre part parce que dans la pratique, les créances de tiers continuent à se manifester.

Recommandation aux assureurs protection juridique :
Le médiateur conseille aux assureurs protection juridique de proposer à l'avenir des polices de protection juridique entreprise avec, à la clé, une couverture subséquente (du moins en tant qu'option supplémentaire par rapport au produit standard). Cela permettrait de garantir que les PME bénéficient de la couverture d'assurance même dans le cadre d'éventuels litiges liés à un abandon de l'activité professionnelle.

Assurances indemnités journalières en cas de maladie

Dans le secteur des indemnités journalières en cas de maladie, le nombre de cas a reculé, passant de 649 à 565. La proportion de cas litigieux concernant une incapacité de travail liée à un trouble psychique reste toujours élevée, tout comme pour les années précédentes.

Nous y ajouterons aussi les cas relativement fréquents où l'assureur accorde un délai trop bref lorsque l'assuré doit changer de profession dans le cadre de son obligation de limiter les dommages. Il faut si nécessaire accorder un délai de transition adéquat pour que la personne assurée puisse s'adapter et trouver un nouveau poste de travail. Un délai de 3 à 5 mois s'est établi à ce propos dans la jurisprudence du droit des assurances sociales. Selon l'arrêt 4A_73/2019 du Tribunal fédéral, ce délai est aussi valable dans le cadre des assurances indemnités journalières en cas de maladie.

Le secteur LAA et l'assurance militaire

Au cours de l'exercice sous revue, 869 demandes ont été adressées à l'office de médiation, soit 25,2% de plus qu'en 2018 (694). Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement de 704 (579), 74 (70) et 91 (45). En 2019 également, une grande partie des cas provenaient de Suisse alémanique (81%). Les demandes de Suisse latine ont représenté 19%.

Motif de la plainte		Suisse alémanique		Suisse romande		Suisse italienne	
A	Obligation d'affiliation	8	(10)	1	(1)	1	(0)
	Conclusion du contrat	6	(11)	2	(2)	0	(2)
	Total	14	(21)	3	(3)	1	(2)
B	Primes	3	(11)	0	(0)	1	(1)
	Total	3	(11)	0	(0)	1	(1)
C	Traitement médical	67	(67)	27	(18)	1	(4)
	Moyens auxiliaires	5	(4)	1	(0)	2	(0)
	Indemnités journalières	77	(69)	20	(14)	4	(10)
	Rente invalidité	4	(5)	1	(1)	0	(1)
	Indemnité atteinte à l'intégrité	12	(2)	0	(2)	1	(3)
	Causalité	228	(158)	5	(3)	9	(4)
	Notion d'accident	96	(82)	7	(12)	1	(2)
	Réduction / refus de prestation	1	(2)	0	(0)	16	(0)
	Recours contre tiers responsable	2	(6)	0	(0)	0	(0)
	Total	492	(395)	61	(50)	34	(24)
D	Prévention des accidents	1	(2)	0	(0)	0	(0)
	Renseignements généraux / procédures	181	(134)	10	(17)	53	(13)
	Avocat / spécialiste	13	(16)	0	(0)	2	(5)
	Total	195	(152)	10	(17)	55	(18)
Total		**704**	**(579)**	**74**	**(70)**	**91**	**(45)**

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Sur les 869 dossiers traités, 771 ont été directement réglés avec les requérants. L'office de médiation est intervenu dans 98 cas. Sur les 92 interventions réglées, le taux de réussite se monte à 50%, soit 46 dossiers. Enfin, 42 cas (45,6%) ont obtenu un résultat négatif et 4 autres dossiers (4,3%) ont été classés comme « neutres ».

La thématique « assurance LAA des clubs de sport » reste problématique

Déjà mentionnés dans le rapport annuel 2018, les problèmes persistent concernant les clubs de sport qui peinent à trouver un assureur LAA. L'un des cas soumis à l'office de médiation montre que les difficultés peuvent surgir même pour les clubs de sport déjà au bénéfice d'une assurance LAA.

Concrètement, il s'agissait d'un club de handball assuré auprès d'un assureur LAA depuis début 2017, qui employait aussi des joueurs soumis à l'AVS depuis mai 2019. Lorsque le club a annoncé ce fait, l'assureur LAA a refusé en septembre 2019 de couvrir ces joueurs soumis à l'AVS, sous la justification que le groupe à risque des sportifs de compétition était exclu dans le contrat de réassurance. Une « special acceptance » pouvait être demandée au réassureur seulement après une affiliation d'office par la caisse supplétive LAA. Si la réponse du réassureur était positive, une offre pourrait alors être proposée.

Par la suite, en octobre 2019, la caisse supplétive LAA a toutefois refusé l'affiliation d'office selon l'art. 95 OLAA et a renvoyé le requérant à son assureur LAA existant. Une affiliation d'office par la caisse supplétive selon l'art. 95 OLAA ne peut se produire que si une entreprise ne trouve pas d'assureur LAA qui soit prêt à assumer l'entier du risque d'entreprise ou si une assurance LAA n'a pas encore été conclue. Dans ce cas concret, ces critères n'étaient pas remplis. Selon l'interprétation de la caisse supplétive, une affiliation d'office pour un risque partiel de l'entreprise n'était pas possible.

Le club de sport s'est donc adressé à l'office de médiation. Après avoir examiné le cas et analysé la loi, le médiateur a souligné face à l'assureur que la LAA n'autorise pas le fractionnement du risque accident d'une entreprise entre plusieurs assureurs (qui couvriraient chacun seulement une partie du risque). En outre, ce n'est pas seulement le club de sport, mais aussi l'assureur concerné qui, en concluant la police d'assurance, se sont engagés pour une période minimale dans ce contrat. Le médiateur a donc proposé à l'assureur de régler cette situation à l'amiable au lieu de laisser le requérant « entre le marteau et l'enclume ».

L'assureur a fini par se montrer coopératif et a informé l'office de médiation que le refus contesté par l'assuré était dû à une erreur d'évaluation de la souscription. Ce cas spécifique a ainsi trouvé un dénouement heureux. Cela dit, la problématique soulevée dans le rapport annuel 2018 apparaît toujours comme non résolue.

Moyens auxiliaires : les frais de chaussures achetées par l'assuré uniquement à des fins thérapeutiques suite à un accident doivent être couverts par l'assureur LAA

Cette année encore, l'office de médiation a reçu la requête d'un assuré concernant le refus de son assurance accidents de prendre en charge les coûts de chaussures spéciales, qui soutenaient bien le pied, qu'il a été obligé d'acheter après une blessure au pied. Dans ce genre de cas, le médiateur renvoie au chiffre 4 (chaussures orthopédiques) de la liste des moyens auxiliaires. Selon cette disposition, les frais de chaussures orthopédiques sur mesure, de semelles et d'adaptations orthopédiques coûteuses effectuées sur les chaussures de série sont à la charge de l'assureur accidents s'ils découlent d'un accident. L'assurance accidents concernée a rejoint l'avis de l'office de médiation et a pris en charge les coûts des chaussures, qui ne sont en réalité référencées dans aucune des catégories mentionnées, mais qui ont été acquises par l'assuré à des fins purement thérapeutiques.

Demandes fréquentes concernant le nouvel art. 6, al. 2 LAA / lésion corporelle (assimilée à un accident)

Depuis la révision de la LAA, l'office de médiation se voit régulièrement confronté à des demandes

d'assurés qui, après avoir subi une blessure figurant sur la liste, partent du principe que l'assurance accidents est dans l'obligation inconditionnelle de verser une prestation, même sans sinistre correspondant. Ceci est dû au libellé du nouvel art. 6, al. 2 LAA qui, au premier abord, permet de conclure que, pour cette liste de diagnostics, l'obligation de verser des prestations de l'assureur accidents ne dépend pas de la présence de certains critères liés à un accident.

Les assurés occultent souvent la deuxième partie de la phrase de l'art. 6, al. 2 LAA, qui précise que l'assureur peut recourir à la preuve libératoire, tout comme avec l'ancienne réglementation. L'assurance accidents n'est pas obligée de verser de prestation si elle peut prouver que la lésion corporelle mentionnée dans la liste est due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. Les exigences en matière de preuve pour se libérer de l'obligation de verser des prestations sont ainsi moins strictes qu'avec l'ancien art. 9, al. 2 OLAA. D'après cette disposition, l'assurance accidents devait apporter la preuve que la lésion corporelle était due à une maladie ou à une dégénérescence, sans équivoque possible.

Dès le début (v. notre rapport annuel 2017), l'office de médiation a souligné que les circonstances selon lesquelles survient une blessure figurant sur la liste restent essentielles même selon la nouvelle réglementation, par rapport justement à la preuve libératoire (distinction des blessures essentiellement dégénératives ou dues à une maladie). Il ne faut donc pas partir du principe que l'obligation de verser des prestations de l'assureur accidents est inconditionnelle. L'interprétation de l'office de médiation se trouve légitimée suite à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_22/2019. Selon cet arrêt, la question de l'événement initial (notamment en raison de la signification d'un facteur de rattachement temporel, même après la révision de la LAA) est importante pour tirer au clair d'autres questions, comme la couverture d'assurance, la compétence de l'assureur accidents ainsi que le calcul du gain assuré.

Concernant les exigences en matière de preuve selon l'art. 6, al. 2 LAA pour libérer l'assureur accidents de son obligation de verser des prestations, force est de constater que la notion de « prépondérant » n'est pas quantifiée dans la loi. L'office de médiation est d'avis qu'il ne doit pas y avoir de doute raisonnable concernant l'origine de la blessure (dégénérescence ou maladie). Dans l'arrêt susmentionné, le Tribunal fédéral a déclaré que la contre-preuve de l'assureur accidents était apportée si le diagnostic reposait à plus de 50% à l'usure ou à la maladie, et ceci par analogie avec l'art. 9, al. 1 LAA (maladies professionnelles). L'une des questions fréquemment posées à l'office de médiation trouve ainsi une réponse issue de la dernière instance.

Avec l'ancienne réglementation, les assureurs accidents remplissaient en principe leur obligation de verser des prestations en présence d'une blessure listée, dès qu'un événement déclencheur avait été prouvé ; cela n'est plus le cas depuis la révision LAA. De l'avis de l'office de médiation, le débat s'est déplacé au niveau médical en raison de la baisse des exigences en matière de preuve libératoire. Résultat : le médiateur doit travailler bien plus souvent qu'auparavant sur des expertises médicales qui se contredisent.

Pour résumer, l'assureur accidents doit toujours déterminer les circonstances précises d'un accident après la déclaration de sinistre de l'assuré. Si la blessure figurant sur la liste est due à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur accident est « dans l'obligation de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé et que celle-ci ne repose plus que sur des causes étrangères à l'accident » (arrêt 8C_22/2019, considérant 9.1). Si toutefois tous les critères de la notion d'accident selon l'art. 4 LPGA ne sont pas réunis, l'assureur accidents sera dans l'obligation de verser des prestations, comme mentionné plus haut, pour autant qu'il n'apporte pas la preuve libératoire stipulée dans l'art. 6, al. 2 LAA.

Secteur de la prévoyance professionnelle

Le nombre de demandes liées à la prévoyance professionnelle a de nouveau reculé de 9,7% par rapport à l'année précédente. Au cours de l'exercice sous revue, 65 (72) personnes se sont adressées à l'office de médiation ; leurs demandes portaient sur une fondation collective LPP d'un assureur vie suisse. Il faut y ajouter 43 (32) 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	1	(4)	0	(1)	0	(0)
Etendue de la couverture	1	(4)	0	(0)	0	(0)
Réticence	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Rachat	1	(5)	0	(0)	0	(0)
Règlement	1	(4)	1	(1)	0	(2)
Changement d'institution de prévoyance	2	(5)	0	(0)	0	(0)
Libre passage	2	(4)	0	(0)	0	(1)
Anticipation des prestations	0	(2)	0	(0)	0	(0)
Saisie	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Impôts	0	(0)	0	(1)	0	(0)
Attestation d'assurance	5	(5)	0	(0)	0	(0)
Clause bénéficiaire	0	(3)	0	(0)	0	(0)
Réductions / refus	12	(11)	2	(2)	7	(1)
Informations générales	12	(7)	1	(0)	7	(1)
Prescription	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Retraite anticipée	2	(0)	0	(0)	2	(0)
Divorce	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Salaire coordonné	0	(0)	0	(0)	0	(0)
Procédure	4	(6)	0	(0)	0	(0)
Avocat	1	(1)	0	(0)	1	(1)
Total	**44**	**(61)**	**4**	**(5)**	**17**	**(6)**

Chiffres de l'année précédente entre parenthèses

Sept cas ont donné lieu à des interventions. Tous les sept ont été liquidés ; deux interventions se sont soldées par un résultat positif pour l'assuré. Le résultat a été négatif dans 4 autres cas, tandis qu'une intervention a été enregistrée comme « neutre ».

Les cas qui nous sont soumis touchent souvent aux questions des prestations de libre passage, des réserves en matière de prévoyance surobligatoire, ainsi que des rentes d'invalidité et de partenaire.

Restitution de prestations versées à tort

L'un des cas concernait la restitution de prestations versées à tort par une fondation collective LPP. Une requérante s'est adressée au médiateur en racontant que son époux avait commencé par se retrouver en incapacité partielle de travail, puis il avait perdu son emploi. Il devait décéder six mois plus tard. L'institution de prévoyance a attribué à la veuve un capital de CHF 879 721.– ainsi qu'une rente annuelle d'orphelin de CHF 10 000.–. Quelque temps plus tard, l'institution a réclamé à la veuve CHF 248 468.– en retour et a réduit la rente annuelle d'orphelin à CHF 5000.–. Elle a justifié sa décision par le fait que la part active du rapport de prévoyance avait cessé en même temps que la cessation du rapport de travail. Cette modification n'avait toutefois pas été prise en compte à l'époque, par erreur.

La veuve était en désaccord avec la réduction des prestations. En effet, elle aurait voulu réinvestir dans un deuxième pilier si le cas avait été traité correctement ; elle aurait ainsi pu bénéficier d'une bonne couverture des risques. Elle a donc réclamé un dédommagement adapté. Nous nous sommes demandé si ce dédommagement devait être versé en raison de conseils insuffisants en vertu de l'art. 27 LPGA et nous avons demandé une prise de position à l'institution de prévoyance. Celle-ci a toutefois répondu que la LPGA (Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales) n'était en principe pas applicable à la prévoyance professionnelle. Elle a ajouté en outre que la veuve n'avait pas subi de dommage : en effet, si le cas avait été traité correctement, le capital aurait été transféré dans une institution de libre passage (qui n'aurait pas accordé de couverture des risques).

Après un examen approfondi de la question, le médiateur a dû annoncer à la veuve concernée que ces prestations de risque ne sont effectivement pas liées à un compte de libre passage. Il a ajouté ignorer si c'était le cas pour toutes les polices de libre passage, mais une compagnie d'assurances n'est en tout cas pas obligée de proposer une telle couverture. C'était d'ailleurs impossible auprès de l'assureur en question. Quant à savoir si la veuve aurait obtenu une couverture telle qu'elle l'entendait auprès d'un autre assureur, il faudrait qu'elle le prouve concrètement.

L'office de médiation n'a pas pu soutenir la requérante dans sa recherche d'éventuelles preuves parce que cette tâche se serait transformée en activité propre à un avocat. Cela n'aurait pas été compatible avec la fonction neutre de l'office de médiation.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Au cours de l'année 2019, le bureau décentralisé de Lugano a connu une augmentation des demandes et des plaintes, qui sont passées de 342 à 352. La part la plus importante (222) concernait le secteur des assurances privées, suivie par le secteur LAA, avec la somme considérable de 91 cas soumis au bureau décentralisé. Seules 17 demandes concernaient le secteur LPP. Les demandes sortant de notre sphère de compétence se sont montées à seulement 23 cas et touchaient essentiellement à la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Pendant cet exercice, le nombre de cas ayant nécessité une intervention a fortement augmenté au Tessin, passant de 10 à 23 ; ils concernaient surtout les assurances bâtiment, protection juridique et perte de gain. Les questions litigieuses touchaient dans la majorité des cas au montant des prestations d'assurance et à la couverture d'assurance, ainsi qu'aux questions liées à la résiliation de contrat.

Assurances de choses

Les demandes concernant les assurances de choses ont souvent pu être réglées par téléphone. Il s'agissait essentiellement de questions juridiques en lien avec la demande d'assurance ainsi que du contenu et de l'étendue de la couverture du contrat d'assurance. Le contact téléphonique direct entre Me Cereghetti et les assurés a grandement contribué à clarifier les questions en suspens et les doutes.

Assurance ménage et bâtiment : quelques problèmes liés à la sous-assurance

Parmi ces cas, certaines demandes portaient sur le montant de la somme assurée. Me Cereghetti a constaté que de nombreux assurés ignorent ce que signifie la sous-assurance en matière de polices de ménage et de bâtiment. Pendant l'exercice sous revue, il a traité plusieurs cas où l'indemnisation de la compagnie d'assurances était inférieure à la valeur de rachat des éléments du ménage ou des objets volés, et ceci parce que la somme d'assurance était fixée bien en-deçà de la valeur effective. De nombreux assurés ignoraient que les assurances ménage et bâtiment sont des assurances à la valeur à neuf. En d'autres termes, la somme d'assurance doit correspondre à la valeur à neuf des objets assurés, sinon on risque de se trouver face à un cas dit de sous-assurance. Dans ce cas, selon la réglementation légale en vigueur dans l'art. 69 LCA, la compagnie d'assurances est dans l'obligation de réparer le dommage seulement dans la proportion qui existe entre la somme assurée et la valeur de remplacement (plus élevée), pour autant que le contrat d'assurance ne prévoie pas de solution plus avantageuse. Il est par conséquent erroné de considérer, comme le faisaient certains assurés, que l'assureur ne peut pas procéder à une réduction de prestation en cas de sous-assurance si le dommage survenu est inférieur à la somme d'assurance trop basse.

Recommandation aux assurés au bénéfice d'une assurance ménage :
Me Cereghetti recommande donc tout particulièrement aux assurés ayant conclu une assurance ménage de vérifier que la somme d'assurance soit suffisamment élevée compte tenu de la valeur de rachat de la ***totalité*** *des objets assurés du ménage. Si, dans le cadre d'une estimation rigoureuse, les assurés constatent que ce n'est pas le cas, il leur conseille de prendre immédiatement contact avec leur assureur afin d'augmenter la somme d'assurance.*

Assurance vol : les justificatifs de possession et de valeur des objets volés manquent souvent à l'appel

En matière d'assurance vol, de nombreux assurés font face au même problème : fournir la preuve du dommage subi. En effet, il ne faut pas seulement fournir la preuve du vol, mais il faut aussi pouvoir justifier la propriété et la valeur des choses volées. Concernant la preuve du vol, c'est le degré de vraisemblance

prépondérante qui fait office de justificatif. En revanche, il est souvent difficile, voire impossible, d'apporter a posteriori la preuve de la possession et/ou de la valeur de certains objets, par exemple s'ils ont été achetés plusieurs années auparavant et que l'on ne dispose plus du ticket de caisse, ou encore s'il s'agit d'objets reçus en cadeau ou en héritage. Les difficultés qui en découlent sur le plan de la justification n'induisent en aucun cas un allègement de la preuve à apporter.

Recommandation aux assurés :
Me Cereghetti recommande donc de conserver les quittances d'achat, du moins pour les objets de grande valeur. Quant aux cadeaux (par ex. les bijoux), il faut si nécessaire faire estimer leur valeur, si l'on ne dispose pas d'un justificatif à cet égard. Il en va de même pour les objets dont on a hérité, pour autant que ceux-ci ne soient pas répertoriés dans l'inventaire successoral avec indication de leur valeur. Me Cereghetti conseille en outre de procéder à un inventaire lors de la conclusion du contrat d'assurance, ainsi que lorsque de nouveaux objets entrent en possession de l'assuré.

Assurance accidents et indemnités journalières en cas de maladie

L'un des problèmes auxquels les assurés ont été très souvent confrontés au cours de l'exercice sous revue concernait les refus et les suspensions des indemnités journalières décidées par les assureurs maladie et accidents.

Comme chacun sait, les compagnies d'assurances ont recours à leur service de médecin-conseil pour juger le degré d'incapacité de travail. Dans ce genre de cas, si le médecin-conseil conclut que l'assuré est apte à travailler, ce dernier se retrouve dans une situation difficile. Si un assuré ne se sent pas (encore) apte à reprendre le travail, il lui incombe de fournir un rapport médical motivé prouvant que le jugement émis par le service du médecin-conseil de la compagnie d'assurances est insuffisant ou erroné. Cela peut provoquer de nombreux problèmes pour les assurés qui ne disposent pas de suffisamment de moyens financiers pour mettre en œuvre une expertise médicale de cette envergure. Dans ce genre de situation, il est très avantageux d'être au bénéfice d'une assurance protection juridique qui soutiendra et soulagera les assurés en cas de couverture prévue sur ce plan.

Secteur LAA

Les demandes du secteur LAA soumises à Me Cereghetti au cours de l'exercice sous revue étaient essentiellement liées à deux thématiques :
1. Le problème du lien de causalité entre les troubles de la santé et un accident.
2. Le montant des prestations d'assurance, et en particulier des versements en espèces.

Dans la pratique, les assurés ont en général tendance à croire que le lien de causalité entre un accident et les troubles de la santé préexistants est établi si les problèmes de santé surviennent après l'accident. Or, cela n'est pas toujours le cas, ce qui est difficile à comprendre pour de nombreux assurés, qui ont eu besoin de longues explications fournies par Me Cereghetti.

Assurances protection juridique

Dans le secteur de la protection juridique, une part importante des demandes et des plaintes concernait la période où la couverture d'assurance était en vigueur. Me Cereghetti a ainsi été obligé d'expliquer à quelques assurés qu'il n'y a pas de couverture d'assurance sur le plan temporel si le problème soumis à l'assurance protection juridique trouve son origine avant la conclusion de la police.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Au cours de l'exercice 2019, le bureau décentralisé de Suisse romande a reçu 433 requêtes et plaintes, ce qui correspond à environ 2 cas par jour ouvrable et à 20 cas de plus que l'année précédente.

La part dévolue à chaque secteur n'a que très faiblement varié. Sur toutes les requêtes issues de Suisse romande, 301 étaient liées au secteur de l'assurance privée (287 l'année précédente), 74 au secteur LAA (70), 4 au secteur LPP (5). Sur les 54 cas sortant de notre sphère de compétence (51), 27 requêtes, soit exactement la moitié, relevaient des assurances maladie et ont donc été transmises à l'office de médiation compétent. Ainsi, seuls 27 cas, soit 6,2% de toutes les requêtes, n'ont pas pu être traités faute de compétence. Malgré tout, dans la mesure du possible, Me Subilia a recommandé aux requérants d'autres services susceptibles de leur venir en aide.

Lorsque Me Subilia a débuté son activité de responsable du bureau décentralisé pendant le deuxième semestre de l'année 2002, 25% des cas ne pouvaient pas être traités faute de compétence. Il s'agit donc là d'une évolution réjouissante aussi bien pour les requérants que pour l'activité de médiation de notre office.

Secteur de l'assurance privée

Comme c'est le cas depuis des années, la majeure partie des requêtes dans le domaine de l'assurance privée sont liées à l'assurance indemnités journalières en cas de maladie : 85 cas, c'est-à-dire un total de 28% (94 l'année précédente). Viennent ensuite les demandes liées aux assurances vie (42 contre 36 en 2018), aux assurances protection juridique (41 contre 37 en 2018), aux assurances responsabilité civile (39 contre 27 en 2018) et aux assurances RC auto (35 contre 38 en 2018). Me Subilia revient au deuxième semestre de l'année 2002 à titre de comparaison et souligne qu'à l'époque, seuls 6% des cas du secteur des assurances privées se rapportaient aux assurances protection juridique. Les secteurs vie (29%) et maladie (15%) tenaient en ce temps-là le haut du pavé.

Assurances protection juridique : complexité croissante des questions juridiques

L'évolution spectaculaire du nombre de cas dans le domaine de la protection juridique est révélatrice de l'évolution de cette branche, mais aussi de la complexité croissante des questions juridiques qu'elle doit traiter.

Voici un exemple issu de l'exercice 2019 qui illustre parfaitement cette complexité. Au premier abord très simple, le litige concernait des questions de droit du bail que l'assureur a d'abord soumises à une association de protection des locataires, avant d'opposer un refus lors des étapes suivantes. En examinant la requête, Me Subilia a ensuite constaté que plusieurs problématiques entraient en jeu : libre choix de l'avocat, possibilité de ramener la valeur litigieuse modeste à une proportion raisonnable par rapport aux frais de protection juridique encourus, marche à suivre en cas de divergences de vue entre assuré et assureur. Pour analyser ces questions liées au droit des assurances, il faut absolument examiner au moins de manière sommaire le litige. En fin de compte, l'intervention de l'office de médiation a contribué à faire sortir les deux parties de l'impasse.

Branche des indemnités journalières en cas de maladie : l'assureur devrait informer l'employeur s'il suspend ses prestations versées directement à l'employé

L'évolution des chiffres dans la branche des indemnités journalières en cas de maladie est tout aussi saisissante par rapport à 2002. Les différentes problématiques sont nombreuses dans ce secteur. Voici deux exemples de cas soumis au bureau décentralisé pendant cet exercice. Dans un cas lié à l'assurance collective

d'indemnités journalières, l'assureur a conclu que les conditions d'obtention des prestations n'étaient plus remplies. L'élément déclencheur a été que l'assureur en avait informé l'employé en tant que bénéficiaire des prestations au lieu d'informer l'employeur en sa qualité de preneur d'assurance. N'ayant pas connaissance de ce fait, l'employeur a continué à verser le salaire à l'employé en pensant que les montants lui seraient remboursés par l'assureur. Lorsqu'il s'est ensuite avéré que l'employeur ne pouvait pas demander de remboursement, il ne s'est pas senti en mesure d'exiger les montants du salaire en retour de la part de son employé. Même s'il est admis que l'assureur transmette des informations médicales exclusivement au requérant, Me Subilia est d'avis que l'employeur aurait dû être informé de la suspension des prestations en sa qualité de preneur d'assurance, afin de pouvoir prendre les mesures qui s'imposaient. Suite à l'intervention du bureau décentralisé, la compagnie d'assurances a partagé l'avis de l'office de médiation.

Indemnités journalières en cas de maladie : conséquences d'une déclaration de sinistre tardive

Un autre cas complexe lié aux indemnités journalières concernait un indépendant dont la seule employée (son épouse) est tombée malade. En raison de son incapacité de travail, les tâches administratives n'ont pas été effectuées, ce qui a fortement retardé la déclaration du sinistre à la compagnie d'assurance. Conformément aux CGA, l'assureur a refusé de fournir les prestations pour la période précédant la déclaration de sinistre. Dans son intervention, l'office de médiation a souligné que l'assureur aurait été en droit de réduire ses prestations seulement si la déclaration tardive avait contribué à faire augmenter les coûts. Compte tenu des circonstances particulières de ce cas, l'assureur a réexaminé sa position et s'est déclaré prêt à verser ses prestations pour les neuf mois précédant la déclaration de sinistre.

Secteur vie

Dans le secteur vie, les questions liées au droit des assurances et au droit fiscal viennent s'entremêler en amplifiant la complexité du traitement du cas. Un frontalier s'est ainsi adressé à l'office de médiation. Il avait conclu auprès d'un assureur suisse une assurance vie prévoyant une rente annuelle que l'assureur a brusquement cessé de verser à la fin de l'année 2018. Pendant la procédure mise en place par l'office de médiation, il s'est avéré que de nouvelles dispositions fiscales adoptées dans le courant de l'année interdisaient les pratiques auparavant autorisées. Ce cas soulève deux questions concernant les preneurs d'assurance qui concluent des contrats d'assurance vie en invoquant des considérations liées au droit fiscal : d'une part, comment les informer au mieux des risques de ce genre d'adaptation ? D'autre part, comment les tenir au courant des modifications légales ayant effectivement été adoptées ?

Branche de la responsabilité civile

Le secteur de la responsabilité civile a également donné lieu à quelques interventions. Un cas exemplaire concernait une voiture qui s'est spontanément embrasée. L'incendie s'est propagé à trois autres véhicules ainsi qu'à l'environnement immédiat de sorte qu'il a fallu appeler les pompiers à la rescousse. L'assureur a remboursé les frais des véhicules endommagés, mais il a refusé de prendre en charge les coûts de l'intervention des pompiers, arguant que le requérant ne disposait pas de couverture casco. Dans son intervention, l'office de médiation a souligné que le fait d'éteindre l'incendie de son propre véhicule n'était effectivement pas couvert. S'agissant d'une mesure adéquate afin de circonscrire l'incendie qui se propageait, il faut distinguer sur le plan du droit de la responsabilité civile quelle part des frais des pompiers s'appliquait au dommage (non couvert) propre à l'assuré et laquelle visait à prévenir un danger. En fin de compte, l'assureur s'est déclaré prêt à prendre en charge la totalité des coûts de l'intervention des pompiers.

Secteur LAA : il est difficile de faire comprendre aux personnes concernées le lien complexe et fréquent entre accident et maladie

Dans le secteur LAA, Me Subilia a dû se pencher à plusieurs reprises sur le lien complexe entre maladie et accident, par exemple dans le cas d'une personne qui a subi un choc en pratiquant une activité sportive. Bien qu'il s'agisse d'un accident, l'assureur a conclu que certaines séquelles invoquées de l'accident étaient dues à une maladie. Après examen de la requête, Me Subilia a fini par confirmer la position de l'assureur : après la phase initiale faisant suite à l'accident, les conséquences du choc étaient uniquement un indicateur de la présence d'un problème dégénératif préexistant. Malgré une jurisprudence sans équivoque, c'est toujours un défi pour l'office de médiation de faire comprendre ce point aux requérants : du point de vue juridique, un trouble de la santé n'est pas considéré comme un accident s'il existe au préalable, mais ne se manifeste qu'après un accident.

Départ de Me Subilia : rétrospective

Cette contribution au rapport annuel 2019 est la dernière de Me Subilia. Après 18 années passées au service de l'office de médiation en sa qualité de responsable du bureau décentralisé de Suisse romande, il quittera ses fonctions pour se consacrer à de nouvelles tâches. Comme mentionné ci-dessus, dans le cadre de son activité, Me Subilia a pu observer une évolution dans le domaine des assurances. De manière générale, les problématiques ont gagné en complexité. Cela étant, rien n'a changé concernant la nécessité de disposer d'une institution qui bénéficie aussi bien de la confiance des assureurs que des assurés. Sa fonction principale reste la même : au sein d'une relation de confiance, proposer des solutions qui permettent aux assureurs et aux preneurs d'assurance de trouver des solutions communes par le dialogue.

Si Me Subilia devait emporter une dernière image en cessant son activité à l'office de médiation, ce serait celle d'un cas qu'il a pu clore peu avant Noël. Les faits soumis étaient très complexes et probablement déjà prescrits, mais une solution adaptée a malgré tout été trouvée. De l'avis de Me Subilia, ce résultat a uniquement été rendu possible grâce aux bonnes relations entre notre Fondation et les interlocuteurs des compagnies d'assurances affiliées. Une solution de ce genre serait tout bonnement impossible à obtenir par la voie judiciaire. Dans le cas en question, l'assureur s'est déclaré prêt à faire abstraction des dispositions légales strictes afin de régler la question à l'amiable, prouvant ainsi que les solutions pragmatiques et loyales existent bel et bien dans le secteur des assurances.

La Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva accomplit une mission précieuse et essentielle. Me Subilia s'estime heureux d'avoir apporté sa contribution pendant 18 ans à cette activité importante. Il est convaincu que ce rôle atypique de l'Ombudsman des assurances doit perdurer dans le paysage juridique suisse, indépendamment de toutes les autres procédures. Citons Me Subilia, pour finir :
« Vive la Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva! »

Les mots du président concernant le départ prochain de Me Subilia de la direction du bureau décentralisé romand

Le président salue le travail exceptionnel, de longues années durant, de Me Subilia au nom du Conseil de Fondation et de l'Ombudsman. Il le remercie tout particulièrement pour son immense engagement en faveur des intérêts des requérants, ainsi que pour avoir dirigé de manière souveraine et compétente le bureau décentralisé de Suisse romande. Pendant ses 18 années d'activité en tant que responsable du bureau décentralisé, il a facilité « l'accès au droit » à de nombreux assurés. Un grand merci à lui pour tout ce qu'il a apporté. Nous lui souhaitons le meilleur pour son avenir.

Le changement effectif au niveau de la direction du bureau décentralisé sera effectif dès que son successeur sera désigné.

Autres activités

En février 2019, l'office de médiation a participé à la consultation sur la révision partielle de la loi sur la surveillance des assurances (LSA). En résumé, notre Fondation refuse de réglementer légalement les offices de médiation dans le domaine des assurances privées. La consultation est disponible sur notre site Internet. Vous y trouverez notamment notre proposition alternative pour améliorer la protection du client.

En avril 2019, tout comme l'année précédente, 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 cours visait à montrer aux étudiants pour quelles problématiques liées aux assurances accidents et indemnités journalières en cas 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.

Selon l'usage, plusieurs contacts directs se sont déroulés entre l'Ombudsman et les membres haut placés de certaines compagnies d'assurances au cours de l'exercice sous revue, sans oublier les rencontres avec les interlocuteurs de l'office de médiation auprès des compagnies d'assurances affiliées à notre Fondation. C'est là l'occasion de discuter de questions fondamentales et de problématiques importantes qui ne concernent pas les affaires courantes. L'Ombudsman juge ces entretiens particulièrement précieux et importants.

Au cours de l'exercice sous revue, l'office de médiation a de nouveau 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 dans le but 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. Les contacts internationaux et les échanges qui en résultent restent très importants. L'Ombudsman a donc répondu à l'invitation de son homologue allemand à Berlin. Il a par ailleurs participé à un rassemblement FIN-NET (financial services complaints network) de l'Union européenne, à Bruxelles.

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le Président

Rolf Schweiger

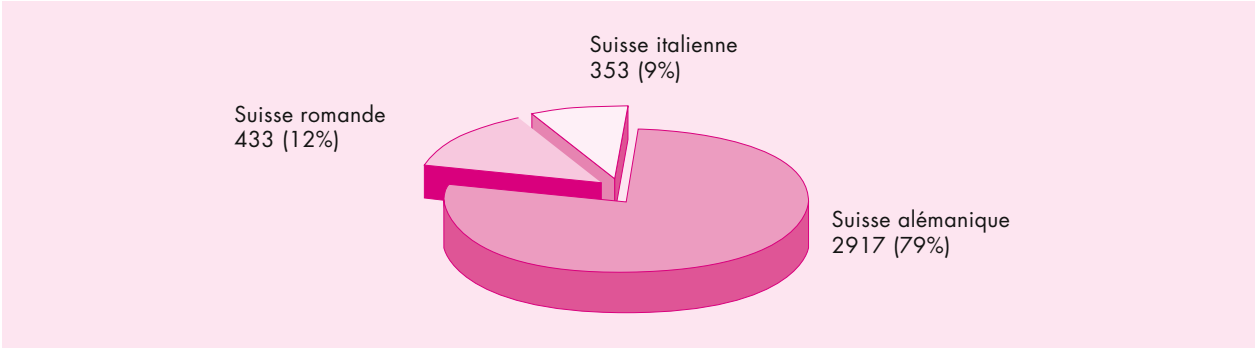
L'Ombudsman

Martin Lorenzon

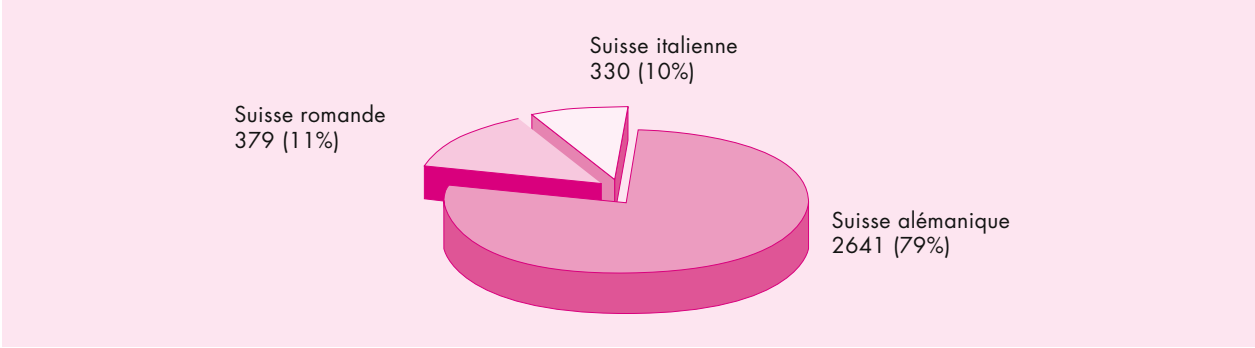
Zurich, mars 2020

Les statistiques 2019

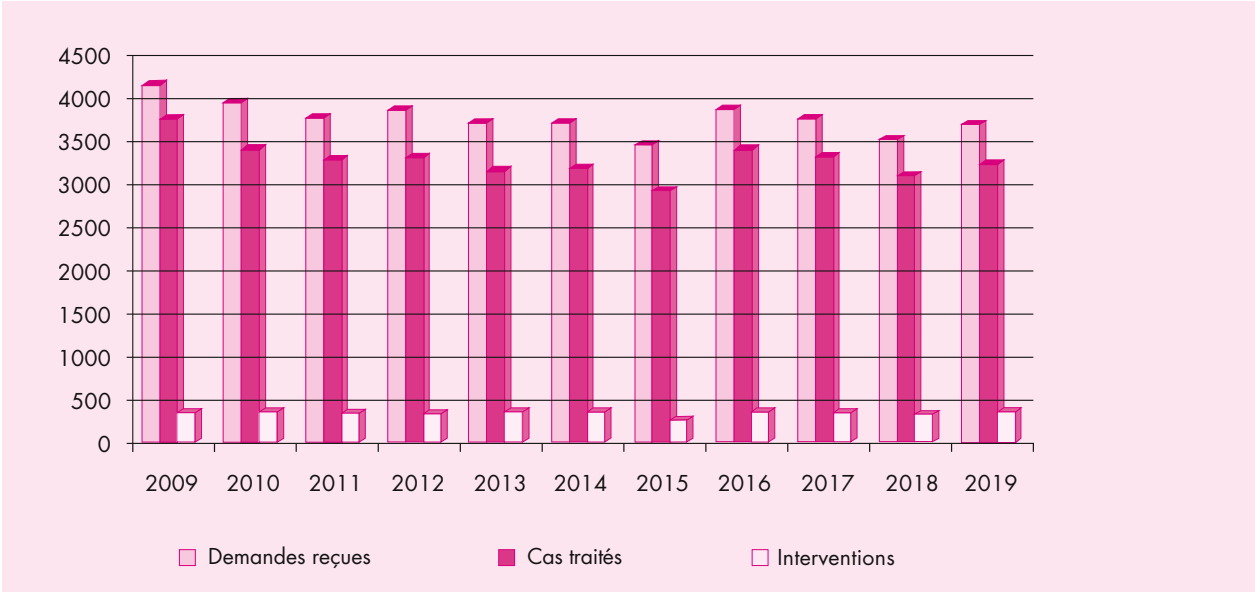
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2009 à 2019



Sociétés affiliées de A à Z

(état au mars 2020)

ACE Assurances (maintenant 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 Assurances SA
AXA 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 Protection juridique SA
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
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)
Orion
Palladio Assurances SA
Pax
Phenix (act. Helvetia)
Protekta Assurance de protection juridique SA
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)
VZ Pool d'Assurance SA
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

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
Postfach 1063
8024 Zürich

Tel: 044 211 30 90
Fax: 044 212 52 20

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

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