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

Rapport annuel 2020

48e 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 2020

Matthias Michel, conseiller aux Etats et ancien conseiller d'Etat, Zoug, président
Silva Semadeni, ancienne conseillère nationale, Coire, vice-présidente
Christoph Eymann, conseiller national et ancien conseiller d'Etat, Bâle
Nathalie Follonier-Kehrli, Vaudoise Assurances, membre du comité de direction, Sion
Andrea Geissbühler, conseillère nationale, Bäriswil
Baptiste Hurni, conseiller national, Neuchâtel
Petra Huwiler, Suva, responsable de la division prestations d'assurances, Root
Fabio Regazzi, conseiller national, Gordola

Médiateur

Martin Lorenzon, avocat

Office de médiation
Suisse Alémanique

Urs Bucher, avocat, responsable adjoint du service juridique
Adrian Bryner, avocat (jusqu'au 30 septembre 2020)
Nathalie Garny, avocate (à partir du 1er avril 2020)
Suzanne Schaad-Ritt, avocate
Eveline Bretscher Todaro, assistante
Anne-Catherine Nabholz, docteur ès lettres, responsable de gestion des processus

Bureaux décentralisés
Suisse romande

Me Olivier Subilia, docteur en droit, avocat (jusqu'au 14 juin 2020)
Me Johnny Dousse, avocat (à partir du 15 juin 2020)

Suisse italienne

Avv. Marco Cereghetti

Avant-propos

Chères lectrices, chers lecteurs,

Au cours de l'exercice 2020, nous avons été confrontés à un certain nombre de défis imputables à la pandémie du Covid-19.

Nous avons néanmoins eu aussi beaucoup de chance ! Jusqu'au confinement ordonné par le Conseil fédéral le 16 mars 2020 pour faire face au coronavirus, nous avons eu presque trois mois à disposition pour nous habituer aux nouveautés liées à la numérisation de nos processus internes. Pendant le confinement, cela nous a permis d'effectuer la plupart de nos tâches en télétravail, sans problème majeur à signaler.

Nous avons aussi eu beaucoup de chance avec l'avocat Me Adrian Bryner, qui a pris sa retraite le 31 mars 2020 : dès le lendemain, il m'a contacté pour offrir son aide à l'office de médiation au vu de l'explosion du nombre de cas à la fin du mois de mars en raison des multiples plaintes contre les assureurs épidémie. C'est très volontiers que j'ai accepté sa proposition. J'en profite pour le remercier ici une fois encore pour l'excellence de ses services ainsi que pour son implication exceptionnelle en faveur de notre Fondation et des assurés.

Me Nathalie Garny, qui a succédé à Me Bryner et qui dispose d'une longue expérience dans le droit des assurances, s'est aussi révélée être une chance pour nous. Malgré des conditions rendues compliquées par le télétravail et une période d'adaptation quasi inexistante, elle a accompli sa mission à plein régime dès son premier jour de travail, début avril. Cela nous a également beaucoup aidés à faire face à notre lourde charge de travail.

Notre bonne étoile ne nous a pas fait faux bond au fil des mois, avec l'arrivée de Me Johnny Dousse qui a succédé à Me Subilia le 15 juin 2020 en qualité de responsable de notre bureau décentralisé de Suisse romande. Il a non seulement maintenu une qualité sans faille de nos services dans la partie francophone de la Suisse, mais également réussi à développer nos prestations dans l'intérêt des assurés romands.

Pour finir, encore deux raisons pour lesquelles nous nous estimons aussi particulièrement chanceux : nous n'avons pas été touchés par le chômage partiel durant cette période et l'ensemble de notre personnel est resté en bonne santé.

Je tiens à remercier tous les collaborateurs de l'office de médiation pour leur engagement dans l'intérêt des parties afin de résoudre les litiges à l'amiable, ainsi que pour l'excellent travail qu'ils accomplissent ! J'adresse aussi mes remerciements au Conseil de Fondation pour son soutien actif vis-à-vis de nos activités tout au long de cette année exceptionnelle.

Martin Lorenzon
Ombudsman

Fondation
Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Résumé du rapport annuel 2020

Au cours de l'exercice 2020, le nombre de requêtes et de plaintes entrant dans le champ de compétences de l'office de médiation a augmenté de 1,7%, passant de 3350 à 3408.

Dans 2997 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, 411 requêtes sur 1383 ont donné lieu à une intervention auprès de l'assureur concerné, ce qui correspond à un taux d'intervention de 29,7%. Le taux de succès lors des interventions a atteint 77,1%.

Les chiffres des interventions et les taux de succès obtenus ne reflètent que partiellement le nombre d'assurés en faveur desquels le médiateur et son équipe ont réussi à agir en cette année 2020 marquée par le coronavirus. En effet, nos interventions groupées du printemps 2020 auprès des assureurs épidémie ont ouvert la voie à des solutions à l'amiable pour des milliers d'assurés qui, de ce fait, n'ont pas eu besoin de s'adresser à l'office de médiation. Il s'agissait essentiellement d'entreprises issues de la restauration qui, bien qu'au bénéfice d'une assurance épidémie, n'avaient pas reçu d'indemnisation de la part de leur assureur pendant la pandémie, suite au confinement imposé et aux pertes subies pendant la fermeture de leur établissement ordonnée par les autorités.

En 2020, l'activité de l'office de médiation s'est ainsi très nettement concentrée sur les assurances épidémie. Le nombre de requêtes en ce sens a été particulièrement élevé pendant la première vague. L'évolution dynamique de la pandémie de Covid-19 en Suisse et à l'étranger a donné lieu à des mesures propres à chaque pays, ce qui a contribué à une hausse massive du nombre de cas (de 147 à 313) dans le secteur des assurances voyage. Cette situation n'a cessé de soulever de nouvelles questions de couverture.

En revanche, les domaines de l'assurance accidents obligatoire (LAA) et de l'assurance militaire ont connu une diminution des cas de 20% (de 869 à 692), ce qui constitue très probablement aussi une conséquence du confinement ordonné par le Conseil fédéral le 16.03.2020. La plupart des secteurs relevant de l'assurance privée affichent une diminution du nombre de cas. Cette évolution est sans doute liée d'une part aux changements des habitudes pendant la crise sanitaire (avec par ex. moins de cambriolages et de vols), mais aussi, d'autre part, au fait que les assurés ont focalisé leur attention sur la situation et ses conséquences (télétravail, changement des pratiques en matière de loisirs, etc.).

Table des matières

Aperçu de l'exercice 2020

Aperçu global 1

Évolution du nombre de cas 1

Demandes et plaintes dans le secteur de l'assurance privée par branche 2

Ventilation des demandes selon les régions linguistiques 3

– Total des demandes reçues 3

– Demandes dans le champ de compétences 3

Interventions 4

– Interventions chiffrées 4

– Taux d'intervention 5

– Interventions dans le secteur de l'assurance privée par branche 5

– Taux de succès lors des interventions, tous secteurs confondus 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 non-vie 8

– Secteur vie 16

– Contrats de prêts hypothécaires 17

Le secteur LAA et l'assurance militaire 18

Le secteur de la prévoyance professionnelle 20

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne 22

Bureau décentralisé de Suisse romande 24

Autres activités 27

Nouveautés au sein du Conseil de Fondation 28

Les statistiques 2020

Statistique par régions : demandes reçues 29

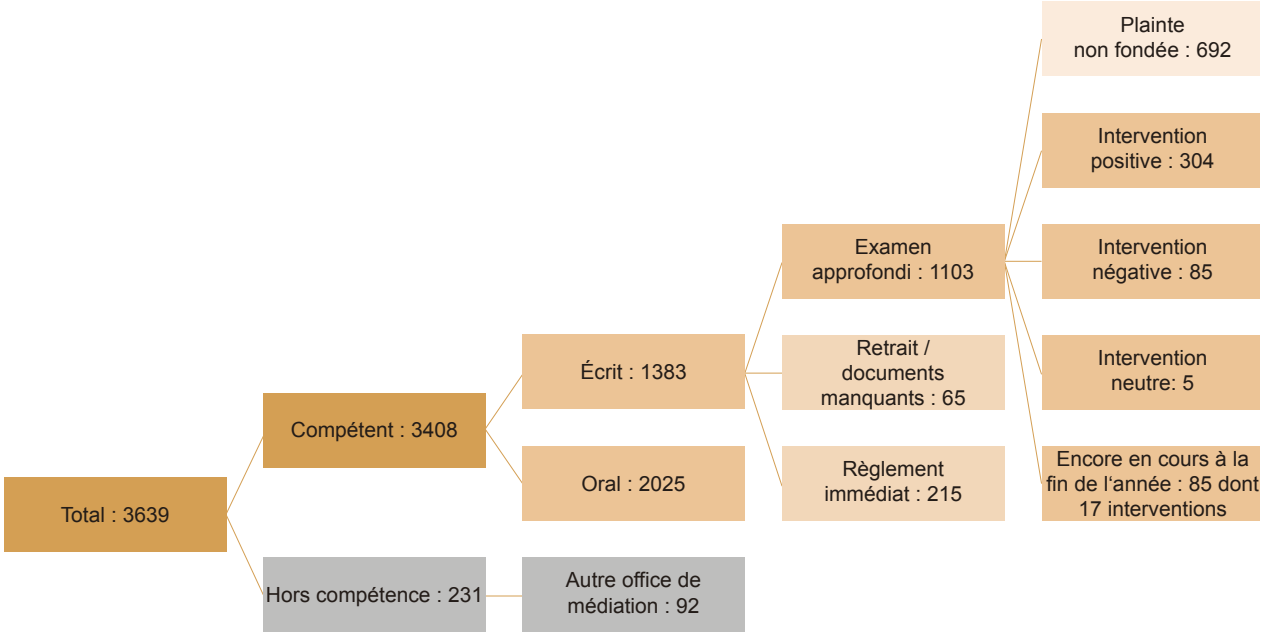
Statistique par régions : cas traités 29

Activité de 2010 à 2020 29

Sociétés affiliées de A à Z 30

Aperçu de l'exercice 2020

Aperçu global

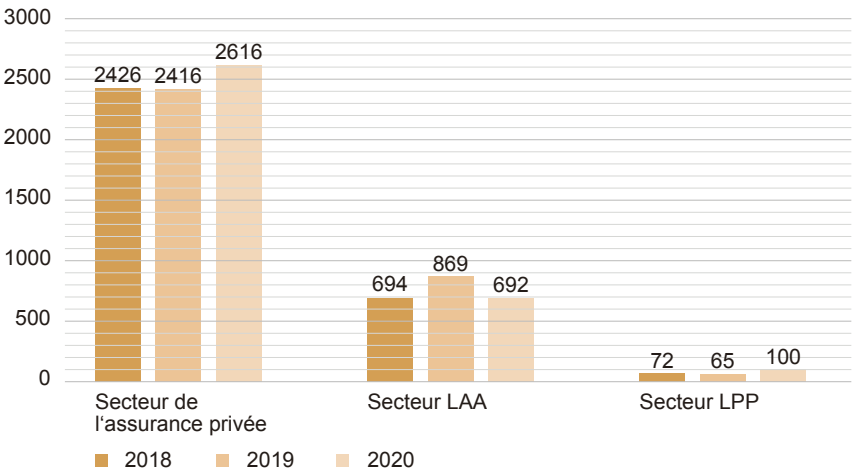


Au cours de l'exercice 2020, le nombre de demandes et de plaintes soumises à l'office de médiation s'est monté à 3639 (3703 en 2019). Les cas relevant de notre compétence ont légèrement augmenté, passant de 3350 à 3408 (+1,7%).

Le nombre de demandes sortant de la sphère de compétence de l'office de médiation a reculé, passant de 353 à 231 (-34,6%). Comme les années précédentes, 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.

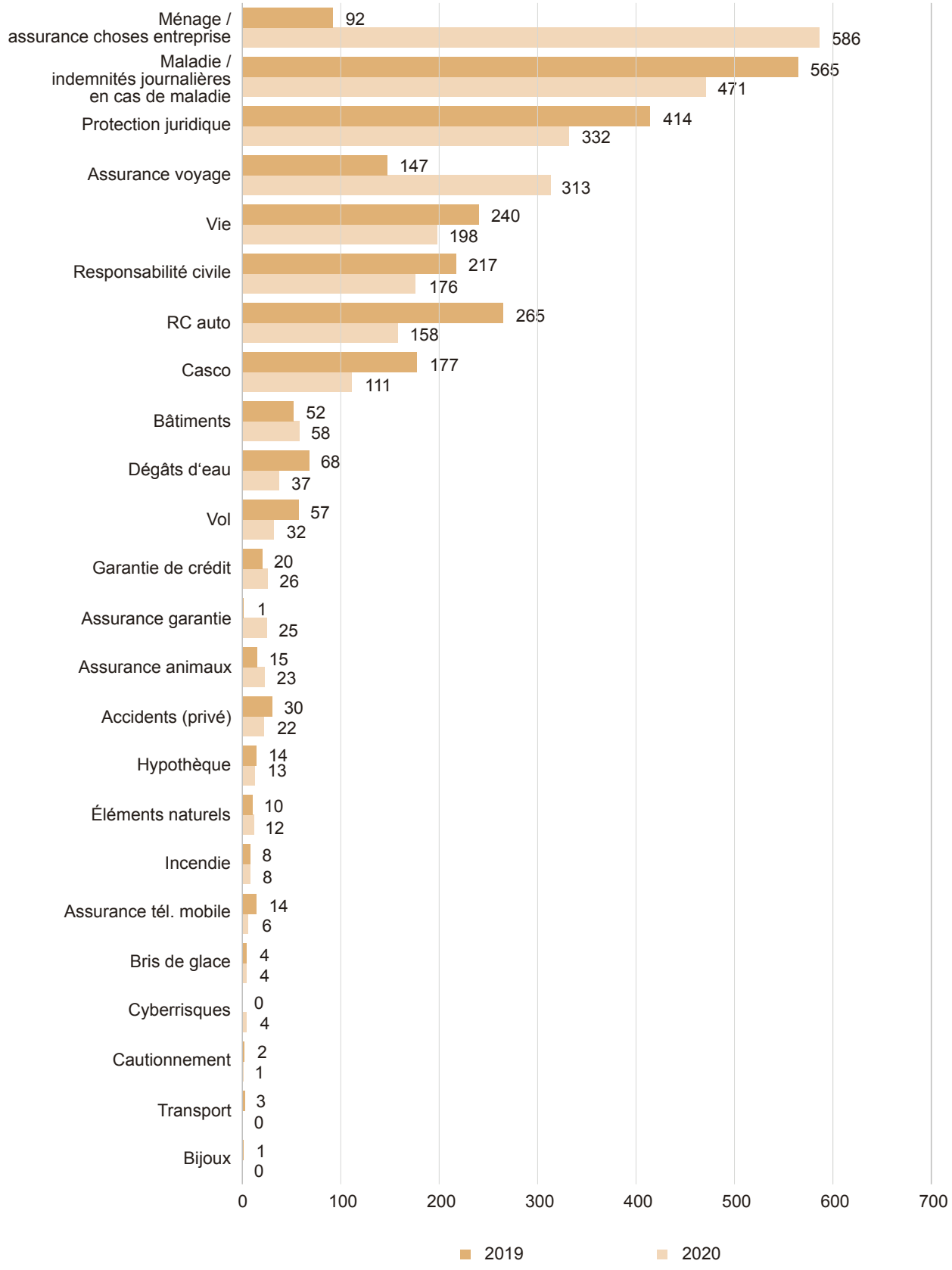
Par ailleurs, 16 demandes concernaient des activités de courtage et 14 autres étaient liées à des assureurs non affiliés à notre Fondation. L'activité de notre office de médiation couvre par conséquent environ 99% des affaires des assureurs privés (à l'exception des caisses-maladie) avec les clients privés.

Évolution du nombre de cas



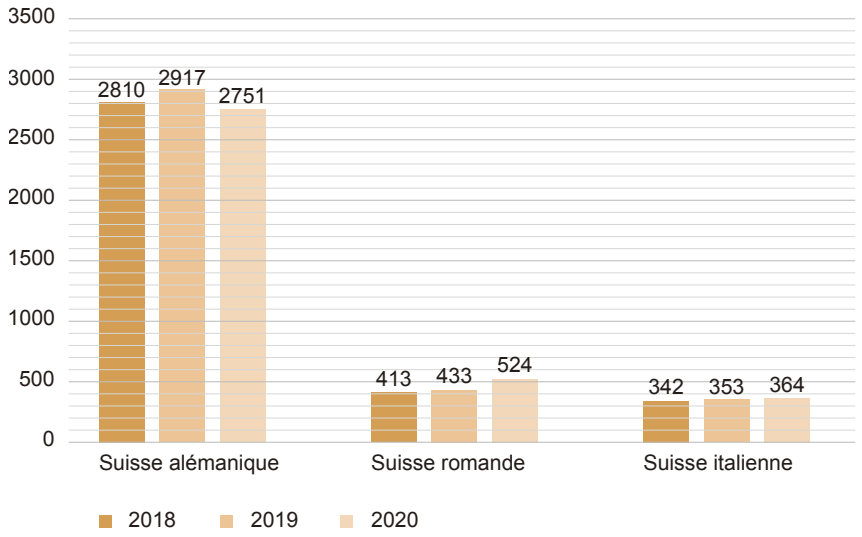
La hausse du nombre de cas n'a pas concerné la totalité des secteurs d'assurance du ressort de l'office de médiation. En cette année marquée par le coronavirus, le nombre de cas dans le domaine LAA a reculé, passant de 869 à 692, et a atteint un niveau similaire à celui de l'année 2018.

Demandes et plaintes dans le secteur de l'assurance privée par branche

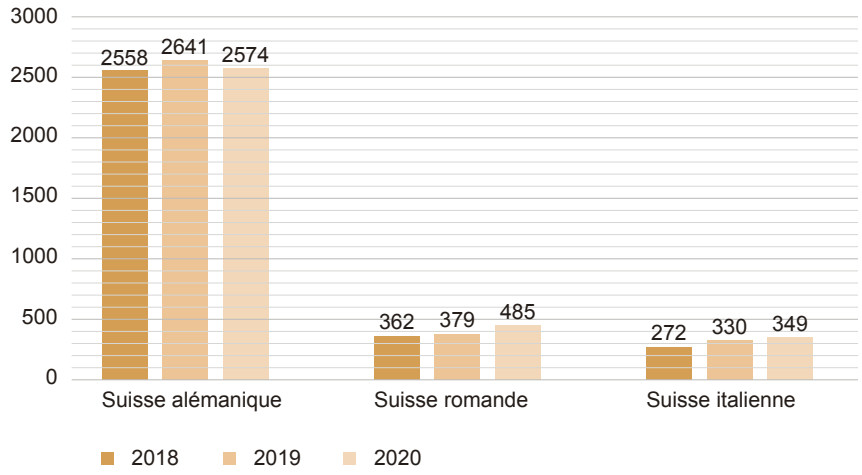


Ventilation des demandes selon les régions linguistiques

Total des demandes reçues



Demandes dans le champ de compétences



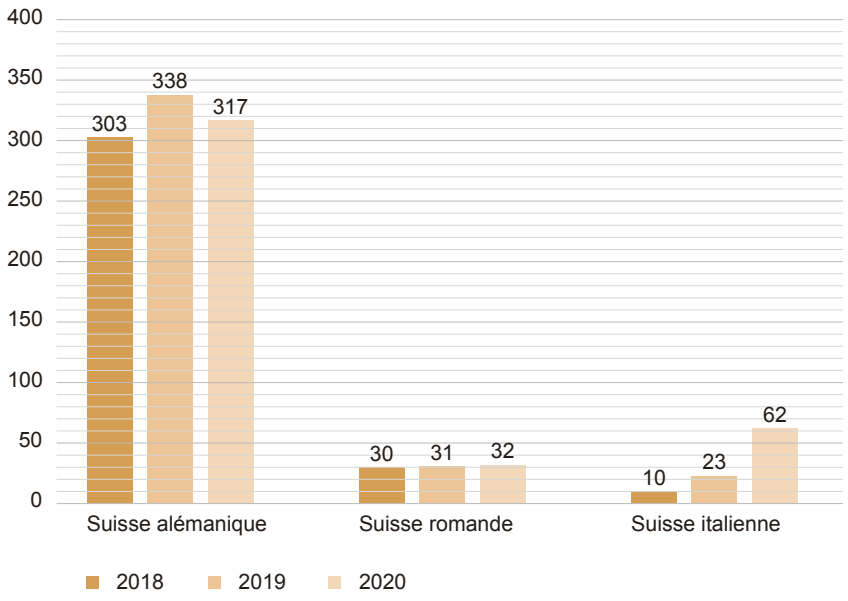
La hausse du nombre de cas relevant de notre compétence par rapport à l'exercice précédent (+1,7%, de 3335 à 3408) a essentiellement concerné les parties francophones et italophones de la Suisse.

À Neuchâtel, le nombre de cas a ainsi augmenté de 27,9% et à Lugano de 5,7% ; en revanche, à Zurich, les cas ont diminué de 2,6%.

Interventions

Interventions chiffrées

Le nombre total d'interventions a augmenté, passant de 392 à 411.

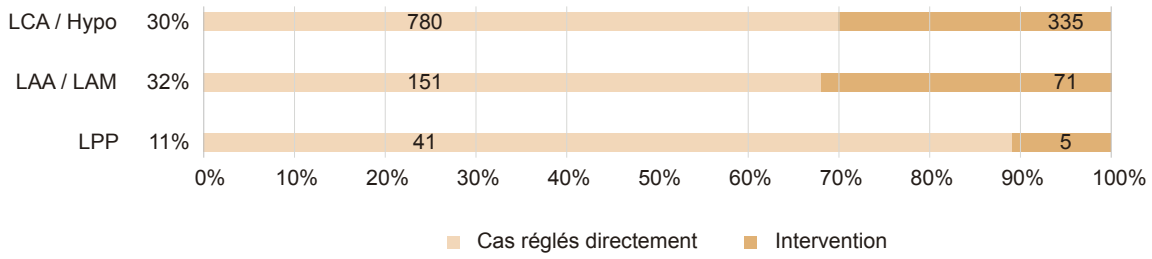


Ces chiffres répertoriés du point de vue statistique en tant qu'interventions se rapportent à la proportion d'assurés ayant soumis une plainte écrite à l'office de médiation.

Au cours de l'exercice sous revue, plus précisément au printemps 2020, le médiateur est également intervenu auprès des assureurs épidémie dans le cadre de ses interventions groupées pour le compte de quelques milliers d'autres assurés, qui n'ont pas eu besoin de lui adresser une demande écrite. Il s'agissait essentiellement d'entreprises issues de la restauration qui, bien qu'au bénéfice d'une assurance épidémie, n'avaient pas reçu d'indemnisation de la part de leur assureur pendant la pandémie, suite au confinement imposé et aux pertes subies pendant la fermeture de leur établissement ordonnée par les autorités (voir les informations complémentaires sur l'activité de l'office de médiation dans le secteur non-vie, page 8).

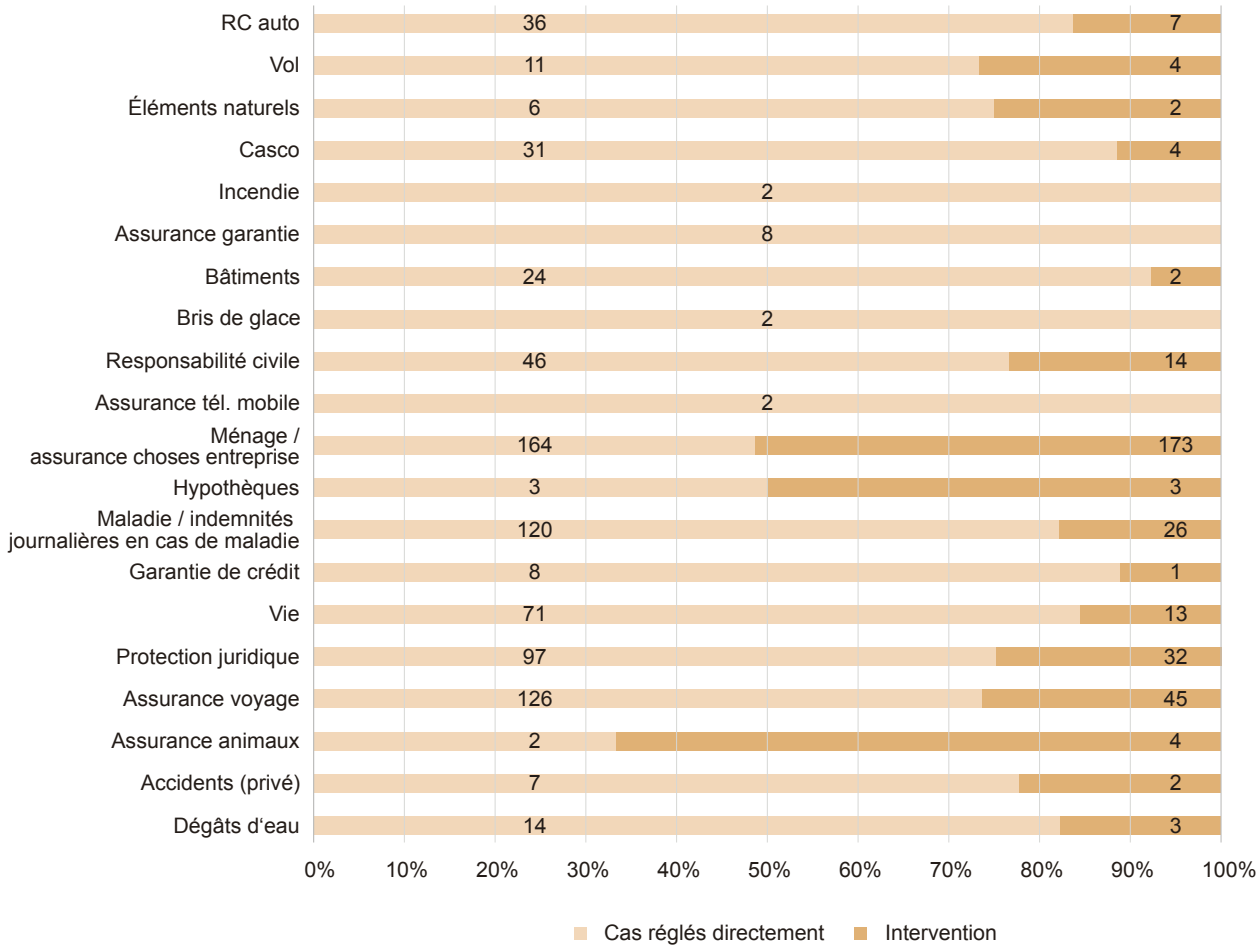
Taux d'intervention

(sans les requêtes réglées par téléphone)

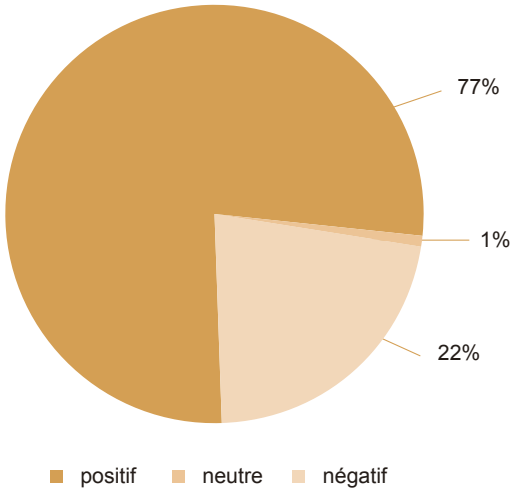


Interventions dans le secteur de l'assurance privée par branche

(sans les requêtes réglées par téléphone)



Taux de succès lors des interventions, tous secteurs confondus



Le résultat des 394 (372) interventions clôturées à fin 2020 a été positif dans 304 cas (224) et négatif dans 85 cas (136). Dans 5 cas (12), le résultat a été enregistré comme neutre. Il faut ajouter à ces chiffres 17 cas ayant nécessité une intervention et qui n'étaient pas encore réglés fin 2020.

Le taux de succès lors des interventions atteint par conséquent environ 77% (60,2%). Ce taux de succès élevé est essentiellement attribuable aux médiations réussies avec les assureurs épidémie.

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 du fait 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.

Collaboration avec les compagnies d'assurances

Dans la majorité des cas, la collaboration avec les compagnies d'assurances a bien, voire très bien fonctionné, tout comme au cours des exercices précédents.

Nos interventions ont été analysées avec le sérieux requis ; en outre, la qualité des comptes rendus de la part des assureurs était au rendez-vous, ces derniers nous ayant majoritairement transmis une prise de position probante. La collaboration dépend essentiellement du travail des interlocuteurs du médiateur auprès des assureurs. Dans la plupart des compagnies d'assurances, le médiateur dispose d'un interlocuteur direct attitré et membre de la direction. Ce principe a fait ses preuves depuis des décennies, avec notamment l'avantage que, du côté de l'assureur, c'est un décideur doté des compétences nécessaires qui traite le cas. Cela est censé aussi garantir que l'affaire sera réexaminée au sein de la compagnie d'assurances par des personnes qui n'auront pas encore été impliquées dans le traitement du cas, c'est-à-dire avec un regard neuf, neutre et aussi impartial que possible.

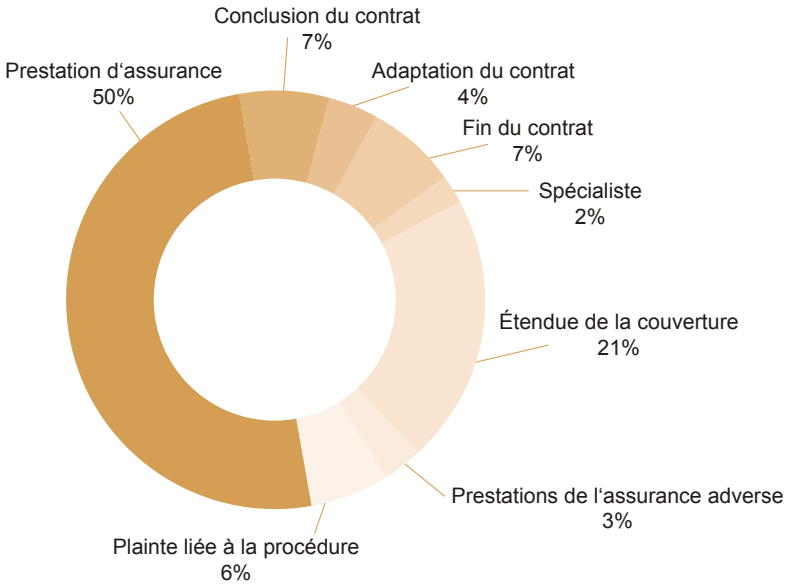
La collaboration avec les assureurs ne s'est révélée insatisfaisante que dans quelques cas particuliers, par exemple lorsque les prises de position ont été émises de façon trop routinière ou schématique ; ou encore, dans les cas où la compagnie d'assurances s'en tenait à sa position initiale, sans prendre position sur les arguments de l'office de médiation. Dans ces cas-là, le médiateur a été obligé de réitérer son intervention.

Au cours de l'exercice sous revue, la durée de traitement des cas par les assureurs a parfois sensiblement augmenté. Cela est vraisemblablement dû en grande partie au fait qu'une part importante du personnel des assureurs a télétravaillé pendant la crise sanitaire et que chacun avait besoin de temps pour s'adapter à cette situation nouvelle. Certains assureurs ont par ailleurs connu quelques problèmes lors de l'introduction de nouveaux systèmes informatiques.

Dans le secteur de l'assurance de personnes, la durée de traitement des dossiers a également augmenté en raison du confinement du printemps 2020, qui a provoqué l'interruption des analyses et des expertises médicales ainsi que leur report à une date ultérieure.

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

Le secteur des assurances privées



La majorité des requêtes dans le secteur de l'assurance privée ont porté sur des problèmes liés aux prestations, suivies par les demandes concernant l'étendue de la couverture, ainsi que la conclusion, le terme et l'adaptation du contrat d'assurance. Si le requérant est représenté par un spécialiste, l'office de médiation est dans l'impossibilité de traiter le cas faute de compétence.

Secteur non-vie

Bien que le nombre de requêtes adressées à l'office de médiation ait reculé dans la plupart des catégories du secteur non-vie (voir la page 1 du rapport annuel), le nombre de cas est passé de 2162 en 2019 à 2405 en 2020. Cette hausse d'environ 11,2% résulte des nombreux cas liés aux assurances épidémie et voyage en raison de la pandémie du Covid-19.

L'office de médiation a reçu un total de 587 requêtes liées aux conséquences de la pandémie. Parmi celles-ci, environ 75% concernaient les assurances épidémie des PME, environ 23% les assurances voyage, tandis que 2% des plaintes étaient liées aux assureurs issus d'autres secteurs, notamment en raison du retard pris dans le traitement des sinistres à cause du Covid-19.

Pandémie du Covid-19 : assurances épidémie des PME, notamment des entreprises de la branche de la restauration

Lorsque le Conseil fédéral a déclaré la « situation extraordinaire » le 16 mars 2020, l'office de médiation a reçu en l'espace de quelques jours plusieurs centaines de plaintes (essentiellement des PME de la branche de la restauration). Bien qu'au bénéfice d'une assurance épidémie, les requérants n'avaient reçu aucune indemnisation de la part de leur assureur pour le confinement imposé et l'interruption de leur exploitation qui en a résulté.

Au vu du grand nombre de personnes touchées et des implications financières majeures des refus de couverture, notre Fondation a pris la décision de faire appel à un professeur de droit reconnu pour avoir un avis juridique indépendant et neutre sur la question.

Compte tenu de la situation extraordinaire, le médiateur a informé l'association faîtière des établissements de restauration et les médias qu'il interviendrait (en fonction des résultats de l'expertise juridique) en faveur de tous les bénéficiaires d'une assurance épidémie, c'est-à-dire également de ceux qui ne se sont pas adressés à l'office de médiation. Le Professeur Walter Fellmann a rendu son avis le 23 avril 2020, laissant une large place aux solutions à l'amiable. Le médiateur s'est alors entretenu avec la direction de toutes les assurances

qui n'avaient pas reconnu la couverture d'assurance dans l'intervalle. Grâce à la souplesse de notre procédure de médiation, il n'a pratiquement pas été nécessaire par la suite d'intervenir à propos des questions de couverture litigieuses pour chaque cas individuel auprès des assureurs épidémie impliqués.

La démarche adoptée par notre Fondation et les résultats de l'expertise du Professeur Fellmann (publiée en français et en allemand le 15 mai 2020 et disponible sur notre site Internet) ont ouvert la voie à des solutions de règlement à l'amiable, le tout avec un minimum de formalités administratives et dans un délai raisonnable. Ces solutions ont profité à des milliers d'assurés qui, dans leur grande majorité, n'ont même pas eu besoin de s'adresser personnellement à l'office de médiation. Ils ne sont de ce fait pas comptabilisés dans nos statistiques.

Le médiateur comprend bien que les assureurs concernés recherchaient une situation juridique claire lors de la transaction et souhaitaient donc exclure d'un commun accord le risque de pandémie de la police d'assurance. Il comprend d'autant plus ce point au vu des observations du rapport remis par le Professeur Fellmann. Cela montre entre autres très clairement que lorsqu'ils couvrent les pertes liées aux fermetures d'entreprises ordonnées par les autorités en raison d'une pandémie, les produits d'assurance constituent un risque d'entreprise très dangereux et téméraire pour les assureurs. En effet, en cas de pandémie générale (qui ne se limite pas dans le temps ou dans l'espace), la compensation des risques entre assurés ne peut pas fonctionner. Si l'ensemble des assurés sont touchés en même temps par le même sinistre assuré, les primes versées à l'assureur ne lui suffisent pas pour indemniser la totalité de ces sinistres. Au bout du compte, les seuls risques assurables sont ceux qui peuvent être couverts lors d'un sinistre par l'ensemble des primes perçues, ce qui n'est pas le cas avec le risque de pandémie.

Le médiateur tient à remercier les assureurs épidémie concernés pour les entretiens constructifs qu'il a eus avec eux et pour leur volonté de trouver des solutions à l'amiable avec leurs assurés. Et ceci même s'ils disposaient de leurs propres rapports d'experts qui qualifiaient de juridiquement valables les refus de prestations émis précédemment suite aux fermetures d'établissements ordonnées par les autorités en raison de la pandémie.

La grande majorité des assurés ont ensuite accepté les solutions proposées. Seule une petite partie d'entre eux les ont refusées, allant parfois même jusqu'à lancer une procédure juridique contre leur assureur. C'est donc vraisemblablement le Tribunal fédéral qui décidera en dernier ressort si les exclusions de couverture des différents produits d'assurance des assureurs épidémie sont fondées ou non et, le cas échéant, lesquelles.

Nous avons par ailleurs informé les assurés qui ne bénéficiaient pas d'un produit d'assurance épidémie standard que les CGA ne prévoyaient effectivement pas de couverture. Dans quelques autres cas, la marge de manœuvre en matière de médiation était déjà épuisée après les discussions de mai 2020 entre le médiateur et la direction des assureurs concernés.

Pandémie de Covid-19 : assurances voyage

Dans le secteur des assurances voyage, le nombre de cas a plus que doublé, passant de 147 à 313. Cette forte augmentation des plaintes émises à l'encontre des assureurs voyage peut être directement attribuée aux conséquences du coronavirus.

Les mesures prises par les autorités visant à endiguer la propagation du coronavirus en Suisse et à l'étranger ont notamment entraîné l'annulation de grandes manifestations, des fermetures de frontières, la suspension de certaines liaisons aériennes, sans oublier les changements incessants des listes de pays à risque et des obligations de quarantaine. Après le début de la pandémie, de nombreux voyages préalablement réservés ne pouvaient plus du tout avoir lieu ou pas de la manière initialement prévue.

Nous avons également assisté à beaucoup d'annulations préventives et d'interruptions de voyage

prématurées de la part d'assurés certes en état de voyager, dont le voyage pouvait avoir lieu, mais qui, pour des raisons compréhensibles, craignaient les conséquences d'une contamination par le Covid-19. Certains voyages ont par ailleurs été annulés ou interrompus afin d'éviter une mise en quarantaine au moment du retour en Suisse.

L'évolution dynamique de la situation en Suisse et à l'étranger a donné lieu à des mesures officielles propres à chaque pays, ainsi qu'à des modifications et à des abrogations de ces mêmes mesures : pour l'office de médiation, cette situation n'a cessé de soulever de nouvelles questions de couverture.

La marge de manœuvre en matière de médiation s'est limitée aux seuls cas où les assurés bénéficiaient d'une assurance épidémie (avec ou sans exclusion de couverture en cas de pandémie), pour autant que le voyagiste ou la compagnie aérienne ne soit pas dans l'obligation de rembourser les frais parce qu'il ne pouvait pas respecter les termes du contrat avec son client. Dans ce genre de cas, nous avons recommandé aux requérants de s'adresser à leur voyagiste ou à la compagnie aérienne concernée.

Obligation de verser des prestations par le voyagiste

Dans le cadre des requêtes qui lui étaient soumises, l'office de médiation a constaté une tendance chez certains voyagistes à se dérober à leur obligation (conformément à la Loi fédérale sur les voyages à forfait / LVF) de rembourser les frais des voyages qui ne pouvaient plus se dérouler selon les termes du contrat en raison du Covid-19. Ces agences de voyage se référaient alors à la responsabilité (présumée) de l'assurance voyage.

Certains cas ont concerné des assurés ayant réservé un voyage à forfait auprès d'une agence (par ex. une croisière-plongée aux Maldives). Le voyage à forfait ne pouvant plus se dérouler comme prévu en raison des mesures officielles (par ex. annulation des vols), plusieurs voyagistes ont renvoyé leurs clients qui souhaitaient un remboursement à leur assurance voyage. Cette dernière a toutefois refusé d'indemniser ses assurés respectifs, dans la plupart des cas au motif que le voyagiste était dans l'obligation de rembourser les frais selon la Loi fédérale sur les voyages à forfait / LVF.

Lorsqu'il a constaté, en examinant les requêtes, que la LVF s'appliquait, le médiateur a informé les assurés qu'un voyagiste dans l'impossibilité d'honorer le contrat conclu était dans l'obligation de rembourser dans les plus brefs délais les sommes payées par le client sur demande de ce dernier, conformément à l'art. 11 LVF, en lien avec l'art. 10, al. 3, let. c LVF. Nous avons également souligné que le voyagiste ne peut pas contourner ces dispositions impératives de la loi en attendant que son client annule un voyage qui ne pourra de toute manière plus se dérouler selon le contrat initial.

Autrement dit, le client ne doit verser de frais d'annulation à son agence de voyage que si, au moment de l'annulation, l'agence est (encore) en mesure d'organiser le voyage selon les termes du contrat. Le montant des frais d'annulation à verser par le client si le voyage peut encore être effectué dépend des CGA du voyagiste.

L'assurance voyage ne serait dans l'obligation de verser des prestations pour les frais incombant en principe au voyagiste que si les CGA de l'assurance voyage comportaient une clause selon laquelle la couverture d'assurance est maintenue si le client ne parvient pas à se faire rembourser par le voyagiste.

Nous avons par conséquent adressé à l'Ombudsman de la branche suisse du voyage les assurés qui réclamaient le remboursement des frais selon l'art. 11 LVF à leur voyagiste.

De l'avis du médiateur, la liste des pays à risque de l'OFSP équivaut à une liste des pays officiellement déconseillés

Sur les 45 interventions liées aux assurances voyage, 22 étaient en rapport avec la pandémie de Covid-19. Le résultat a été positif pour 16 d'entre elles (72,7%), donnant lieu à la prise en charge du sinistre par l'assureur voyage. Par contre, 6 dossiers n'ont donné lieu à aucune indemnisation vis-à-vis des requérants. De l'avis du médiateur, l'un de ces cas est problématique sur le plan juridique.

Un couple de jeunes mariés avait décidé de partir sept semaines en lune de miel aux États-Unis le 01.08.2020. Ce voyage n'a toutefois pas pu avoir lieu : en effet, début août 2020, les États-Unis fermaient leurs frontières aux voyageurs en provenance de l'espace Schengen. Le couple a donc été obligé d'annuler les différentes prestations liées à ce voyage (transport, hébergement, etc.), qui avaient toutes été réservées séparément. Il s'est ensuite adressé à son assurance voyage pour se faire rembourser les frais restés à sa charge. L'assureur a toutefois refusé de prendre en charge les frais en question, arguant que la vie des requérants n'aurait pas été concrètement mise en danger dans le pays de destination et que l'OFSP n'avait pas émis de mise en garde contre les voyages aux États-Unis. Il a ajouté qu'une interdiction d'entrée dans un pays ne constituait pas un événement assuré.

De son côté, l'office de médiation a certes confirmé que, d'après les conditions générales d'assurance (CGA) déterminantes, l'interdiction d'entrée aux États-Unis ne constituait pas un événement assuré. Il a néanmoins considéré la décision de l'assureur comme injustifiée. Dans son intervention auprès de l'assurance, le médiateur a admis que l'OFSP et le DFAE n'avaient pas émis de mise en garde directe contre les voyages aux États-Unis au moment du voyage. Toutefois, selon l'annexe à l'Ordonnance COVID-19 (état au 23.7.2020, RS 818.101.27) le Conseil fédéral avait classé les États-Unis parmi les zones à risque. Par ailleurs, l'article 2 de cette même ordonnance fixait une obligation de quarantaine de dix jours pour les voyageurs de retour d'une zone à risque.

Se référant à l'avis du Professeur W. Fellmann (p. 29-30), le médiateur a également estimé que les clauses des CGA exigeant une recommandation (par ex. en déconseillant un voyage) de la part des autorités suisses pour couvrir une annulation de voyage n'avaient qu'un seul but : éviter à l'assureur de devoir couvrir le moindre motif d'annulation important sur le plan personnel. L'assureur couvre ainsi uniquement les annulations recommandées par les autorités (vision objective).

Le médiateur a donc transmis à l'assureur voyage sa conception juridique de la situation : un assureur ne peut pas refuser une couverture s'il peut être démontré qu'un voyage n'est pas raisonnablement réalisable sur la base d'autres critères objectifs, comme l'entrée en vigueur de l'Ordonnance COVID-19 dans le cas présent. De l'avis du médiateur, la mention des États-Unis parmi les zones à risque dans l'annexe de l'Ordonnance COVID-19 et l'obligation de quarantaine y afférente constituent un critère pertinent.

L'assureur est toutefois resté sur sa position, répétant que les autorités suisses n'avaient pas émis de mise en garde explicite contre les voyages aux États-Unis. Cette position très formelle n'a pas convaincu l'office de médiation, notamment en raison des observations du Professeur Fellmann dans son rapport, mais aussi parce que les autorités suisses n'avaient émis aucune mise en garde explicite liée au Covid-19, à notre connaissance. Le médiateur est donc de nouveau intervenu auprès de l'assureur, lui faisant remarquer que la liste des pays à risque de l'OFSP équivalait à une mise en garde explicite contre les voyages en formulant des déclarations concrètes sur les risques accrus de contamination dans certains pays et certaines zones. Cette liste des pays à risque présentait par conséquent une double mise en garde d'ordre géographique. La population est informée, d'une part, des pays présentant un risque de contamination beaucoup plus élevé que la Suisse et, d'autre part, elle prend clairement conscience des conséquences

d'un retour en Suisse après un voyage dans un de ces pays à risque.

L'assureur s'en est toutefois définitivement tenu à son point de vue. Le médiateur a ainsi été obligé d'informer le couple concerné de l'échec de sa médiation. Ce faisant, il a fait part aux deux requérants de sa vision différente des choses sur le plan juridique, leur recommandant de faire appel à un avocat ou à leur éventuelle assurance protection juridique afin d'examiner de manière plus approfondie les chances de succès d'un procès.

Nous avons été dans l'impossibilité d'agir dès le départ dans certains cas ayant conduit à des plaintes contre les refus de prestation des assurances voyage.
Cela a notamment concerné les dossiers où les conditions générales d'assurance (CGA) de l'assureur voyage ne précisaient pas si les épidémies ou les pandémies étaient couvertes, ainsi que lorsque les CGA prévoyaient explicitement une exclusion de couverture pour les épidémies et les pandémies. Cela a également été le cas pour les annulations et les interruptions des voyages non liées à des mesures officiellement décrétées, voyages qui auraient donc pu se dérouler sans entraves. Les assurés aptes à voyager ont recouru à ces annulations pour des raisons préventives, ce qui était parfaitement compréhensible. Néanmoins, au vu de la neutralité qui caractérise notre mission, nous n'avons pas été en mesure d'intervenir dans ces dossiers auprès de l'assureur voyage dans la mesure où les CGA ne mentionnaient pas ce motif d'annulation.

Secteur de l'assurance protection juridique : recul des cas

Dans le secteur des assurances protection juridique, le nombre de cas a fortement reculé par rapport à l'exercice précédent, passant de 414 à 312. Nous sommes dans l'incapacité de déterminer les causes de ce recul, sachant que l'année 2020 a induit une hausse des besoins en protection juridique en raison du coronavirus, selon les informations de la branche en question.

Assurance protection juridique : les lacunes de couverture susceptibles de survenir malgré un changement d'assureur protection juridique sans interruption – problématique des doubles couvertures dites négatives

Nous nous sommes retrouvés à plusieurs reprises face à des cas où, malgré un changement d'assureur protection juridique effectué sans interruption, la couverture d'assurance a été refusée pour des cas de protection juridique, et ceci bien qu'il s'agisse d'un sinistre couvert aussi bien par l'assureur précédent que par l'assureur ultérieur d'un point de vue géographique, factuel et individuel.

Ce problème provient des risques en deux phases qui caractérisent les assurances protection juridique. Cela signifie que la couverture temporelle de la plupart des assureurs protection juridique implique qu'aussi bien le litige assuré entraînant le besoin en protection juridique que l'événement de base ayant entraîné ce litige soient tous deux survenus pendant la durée du contrat d'assurance.

Citons par exemple le cas d'un preneur d'assurance qui est tombé malade pendant la durée du contrat avec son assureur protection juridique précédent. Après un changement sans interruption d'assureur protection juridique, un litige est survenu avec son assureur indemnités journalières en cas de maladie. Le nouvel assureur protection juridique a opposé un refus à la demande de protection juridique de son assuré vis-à-vis de l'assureur indemnités journalières en cas de maladie. En effet, conformément aux conditions générales d'assurance (CGA), l'événement de base, à savoir la maladie, doit avoir eu lieu pendant la durée du contrat.

Pour éviter que les assurés ne soient lésés face à une double couverture dite négative, la Commission Protection juridique de l'ASA a émis il y a quelques années une recommandation aux assureurs protection juridique en faveur des assurés, pour autant que leur police n'ait pas été résiliée par l'assureur précédent.

Cette recommandation prévoit en substance qu'une demande de protection juridique ne peut pas être rejetée en raison d'un changement d'assurance ou du délai de carence qui court auprès de l'assureur ultérieur (par ex. en cas de litiges liés au droit du travail). Elle préconise également de répartir les coûts du sinistre entre les deux assureurs.

Le médiateur se félicite de la publication de cette recommandation qui sert doublement les intérêts des assurés. En effet, elle évite aux assurés de se retrouver en fâcheuse posture après un changement d'assurance, mais elle stimule aussi la concurrence entre les assureurs.

La plupart des assureurs protection juridique ont approuvé cette recommandation et en respectent les principes dans l'intérêt des assurés, mais ce n'est pas encore le cas de tous les assureurs.

Recommandation aux assureurs protection juridique:
Le médiateur serait très satisfait si tous les assureurs protection juridique signaient cette recommandation de la Commission Protection juridique de l'ASA et la respectaient.

Rachat des prestations protection juridique : la valeur de rachat versée à l'assuré doit tenir compte à la fois de la valeur litigieuse matérielle et du risque de procès et de recouvrement de l'assuré

Au cours de l'exercice sous revue, nous avons traité plusieurs dossiers liés à la protection juridique où l'assureur a fait usage de son droit prévu dans les conditions générales d'assurance (CGA) de compenser l'intérêt économique de l'assuré par un rachat du litige au lieu de fournir la prestation de protection juridique assurée.

L'un de ces cas concernait un assuré qui a eu un problème avec la boîte de vitesses automatique de sa Mercedes pendant un séjour en Belgique. Un garage belge a alors établi que la voiture perdait de l'huile, ce qui causait le problème en question. Le garagiste a annoncé à l'assuré que la réparation allait durer au moins deux semaines parce qu'il était difficile de se procurer les pièces de rechange nécessaires.

Une autre société de Düsseldorf a toutefois certifié pouvoir effectuer la réparation en une semaine et l'assuré lui a confié son véhicule. La réparation a duré plus longtemps que prévu parce qu'il a fallu complètement démonter la boîte de vitesses, aux dires du garage de Düsseldorf. Après avoir récupéré sa voiture, l'assuré est reparti en Belgique, où il a de nouveau remarqué que la boîte de vitesses perdait de l'huile. Le garagiste belge l'a alors informé que la réparation n'avait pas été effectuée correctement en Allemagne : selon lui, il aurait fallu remplacer la pompe hydraulique et éventuellement le convertisseur hydraulique de couple. L'assuré a donc immédiatement repris contact avec l'entreprise de réparation de Düsseldorf, mais cette dernière a nié avoir mal fait la réparation.

L'assuré s'est donc adressé à son assurance protection juridique. Cette dernière a envoyé un courrier à la société de Düsseldorf, mais, cette démarche n'ayant pas eu le succès escompté, l'assureur a proposé à son assuré un règlement économique d'une valeur de CHF 500.-.

L'assuré n'était pas d'accord avec ce point de vue. En effet, il estimait à env. CHF 4600.- son sinistre dû à une mauvaise réparation. Il a donc demandé à son assureur protection juridique d'augmenter la valeur de l'indemnisation ou de justifier plus clairement ce montant selon lui trop faible. Dans sa réponse, l'assureur protection juridique s'est limité à mentionner les conditions générales d'assurance (CGA), qui accordent à la compagnie d'assurances le droit d'indemniser l'intérêt économique au lieu de servir les prestations assurées, et de se libérer ainsi de son obligation de prestation. Selon les CGA, le critère de ce type de décision repose sur la valeur litigieuse matérielle compte tenu du risque lié au procès et au recouvrement.

La compagnie d'assurances n'ayant pas augmenté son offre de rachat, l'assuré s'est adressé à l'office

de médiation qui est intervenu auprès de l'assureur. Le médiateur a d'abord fait remarquer à ce dernier que l'offre de CHF 500.- était effectivement inappropriée par rapport à l'estimation du dommage subi. Le montant de cette offre indiquait que la compagnie d'assurances estimait les chances de succès d'un procès à 1/9 du montant réclamé, donc en fait sans espoir. Dans sa proposition, elle n'expliquait ni ne justifiait son jugement ; sans compter que, du point de vue de l'office de médiation, il aurait fallu effectuer une expertise du véhicule et faire appel à un avocat allemand pour évaluer le risque du procès et du recouvrement.

La démarche de l'assureur équivalait donc à un refus partiel de prestations. Le médiateur a demandé à la compagnie d'assurances de réévaluer sa prestation d'assurance, soulignant qu'en raison des distances élevées et de la situation liée au coronavirus, le requérant ne pouvait raisonnablement pas ramener son véhicule au garage de Düsseldorf pour y obtenir une réparation hypothétique.

De ce fait, l'assureur a offert au requérant un rachat de procès d'un montant de EUR 3000.- ou, à titre alternatif, la possibilité de soumettre le dossier à un avocat allemand aux frais de l'assurance protection juridique. L'assuré a alors accepté le montant de rachat supérieur qui lui avait été accordé.

Assurances responsabilité civile privée : responsabilité du propriétaire d'un trampoline d'extérieur

Les trampolines d'extérieur peuvent être dangereux. En voici une illustration impressionnante avec ce cas particulier qui nous a été soumis. Le 3 février 2020, une violente tempête s'est abattue sur le Lavaux (VD). Le trampoline d'un assuré a alors été emporté par le vent et a atterri dans le vignoble voisin, ce qui a provoqué des dégâts sur les vignes. Dans ce cas concret, il n'y a pas eu de dommages corporels.

La propriétaire du terrain voisin a ensuite facturé environ CHF 1200.- à l'assuré pour les travaux de déblaiement.

Celui-ci a commencé par s'adresser à son assureur cantonal éléments naturels, qui a refusé la prise en charge des coûts au motif que la tempête était annoncée et que le trampoline n'était pas bien fixé au sol, l'assuré étant ainsi responsable des dégâts causés. Le propriétaire du trampoline s'est donc tourné vers son assureur responsabilité civile privée et lui a annoncé le sinistre. À son tour, l'assureur en question a lui aussi refusé la prise en charge des frais. Il a fait valoir que les vents ayant provoqué le sinistre dépassaient les 75 km/h et qu'il s'agissait donc d'un cas de force majeure pour lequel il n'a pas à entrer en matière.

Après avoir pris connaissance des refus de prestation, le médiateur est intervenu auprès de l'assureur responsabilité civile, en lui demandant si l'on pouvait bel et bien assimiler la cause du sinistre à un cas de force majeure, d'autant plus que le dossier ne mentionnait pas de cas d'autres dommages liés à des trampolines dans la zone géographique en question. L'office de médiation a donc conclu dans son intervention que, s'il avait été correctement fixé, le trampoline n'aurait pas été emporté par le vent malgré la puissance de la tempête.

Après avoir réexaminé le dossier, l'assureur a répondu à l'office de médiation que les vents dans la région du Lavaux avaient atteint des vitesses de 105 km/h le jour du sinistre. Il s'agissait par conséquent bel et bien d'un cas de « force majeure ». En sa qualité d'assureur, il a toutefois relevé que son client n'avait pas suffisamment sécurisé le trampoline, ce qui aurait peut-être pu empêcher le sinistre malgré la puissance de la tempête. Il s'est donc dit prêt à accéder à la demande du propriétaire du trampoline et à rembourser le dommage responsabilité civile, déduction faite de la franchise de CHF 200.-.

Compte tenu de la déclaration de l'assureur éléments naturels sur le fait que la tempête était annoncée, l'assuré a eu de la chance dans ce cas concret, dans la mesure où son assureur responsabilité civile privée n'a pas fait valoir de réduction de prestation en raison d'un sinistre provoqué par négligence grave. Selon la jurisprudence du Tribunal

fédéral, une négligence grave est commise si une personne agit en enfreignant les obligations élémentaires de prudence que toute autre personne sensée aurait respectées dans des circonstances similaires.

Responsabilité civile auto : collision entre un véhicule à moteur et un animal

Nous devons parfois traiter des dossiers où un conducteur de voiture a renversé un animal. Dans ce genre de cas, l'office de médiation doit toujours examiner s'il y a aussi collision entre la responsabilité objective du détenteur du véhicule selon l'art. 58 LCR et la responsabilité causale simple du détenteur de l'animal selon l'art. 56 CO. En cas de réponse affirmative à cette question, il est d'usage de répartir le dommage entre le détenteur du véhicule (2/3) et celui de l'animal (1/3), pour autant qu'aucun des deux n'ait commis de faute. En effet, s'il y a à la fois responsabilité objective du détenteur du véhicule et responsabilité causale simple du détenteur de l'animal, la plus grande part du dommage est à la charge du détenteur du véhicule parce que c'est lui qui met les tiers particulièrement en danger.

Dans un de ces cas, un conducteur a blessé un chat en le renversant avec sa voiture. Les frais de vétérinaire pour soigner le chat ont atteint environ CHF 4300.-.

La détentrice du chat a donc demandé le remboursement des frais à l'assurance RC auto du conducteur, mais l'assureur lui a annoncé qu'il ne prendrait en charge que 65% des coûts. Selon lui, la part de responsabilité restante serait à sa charge en sa qualité de détentrice de l'animal.

Après avoir reçu la demande de médiation de la détentrice du chat, le médiateur est intervenu auprès de l'assureur RC auto en lui communiquant son point de vue, à savoir que ni le détenteur du véhicule, ni la détentrice de l'animal n'avaient commis de faute. La répartition des responsabilités tient compte du fait que le détenteur du véhicule est tenu responsable du risque inhérent au véhicule. Cela étant, la responsabilité de la détentrice de l'animal n'est engagée que si elle ne démontre pas avoir fait preuve de toute la diligence requise par les circonstances en matière de soin et de surveillance de son chat (preuve libératoire). Étant donné que le chat en question n'était pas un chat domestique, on ne pouvait raisonnablement pas attendre de la requérante qu'elle l'enferme chez elle toute la journée. Les chats qui vivent aussi à l'extérieur sont plutôt considérés comme sauvages et ne peuvent être surveillés comme le serait un chien, par exemple.

De l'avis de l'office de médiation, dans ce cas précis, il ne serait pas pertinent de faire payer à la requérante une partie des frais de vétérinaire, d'autant plus que cela impliquerait un manquement au devoir de diligence requis par les circonstances. Ce n'était visiblement pas le cas dans ce dossier, ce qui élimine toute justification possible de la répartition des responsabilités.

Après avoir réexaminé le dossier, l'assureur a présenté ses excuses pour son erreur de jugement involontaire sur la question de la responsabilité, avant de rembourser à la requérante la part restante de 35% des frais de vétérinaire.

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 565 à 471. La proportion de cas litigieux concernant une incapacité de travail liée à un trouble psychique reste toujours élevée, tout comme pour les années précédentes.

Assurance indemnités journalières en cas de maladie : lacune de couverture pour les employés suite à un arriéré de primes de l'employeur

Nous avons traité quelques dossiers où les salariés d'une PME avaient perdu leur couverture de l'assurance collective indemnités journalières en cas de maladie de leur employeur. Ces cas étaient dus au fait que l'employeur avait omis de payer les primes d'assurance, même après avoir reçu une sommation légale de la part de l'assureur selon l'art. 20 LCA.

En cas d'incapacité de travail liée à une maladie et survenant après l'expiration du délai légal de 14 jours pour payer la prime en souffrance, il n'y aura pas de couverture d'assurance pour le cas d'assurance survenu. Dans un de ces dossiers, un assureur indemnités journalières en cas de maladie a versé par erreur des indemnités journalières à un conducteur de taxi en incapacité de travail pour cause de maladie de la mi-mars 2020 jusqu'à fin juillet 2020, et ceci malgré une lacune de couverture survenue depuis début mars 2020. Lorsque l'assureur a remarqué son erreur, il a réclamé une partie des indemnités journalières de maladie au conducteur de taxi (env. CHF 4500.-), sachant qu'elles lui avaient été directement versées. L'assureur a réclamé le reste des indemnités journalières auprès de l'employeur de l'époque.

Le chauffeur de taxi s'est ensuite adressé à l'office de médiation : d'une part, il n'était pas en mesure de rembourser ce montant et, d'autre part, il ne voyait pas pourquoi il devrait rendre ces indemnités journalières, alors que c'était son employeur qui n'avait pas payé les primes dans les temps, et non lui-même.

Dans son intervention, le médiateur a indiqué qu'il était bien conscient que, selon l'art. 20, al. 3 LCA et en vertu des conditions générales d'assurance, la couverture est suspendue si l'assuré ne paye pas ses primes et ne réagit pas aux sommations reçues. Toutefois, les versements effectués par erreur au salarié en question ne justifiaient pas une restitution conformément aux principes de l'enrichissement illégitime. Selon l'art. 64 CO, il n'y a pas lieu à restitution, dans la mesure où celui qui a reçu indûment établit qu'il n'est plus enrichi lors de la répétition, à moins cependant qu'il ne se soit dessaisi de mauvaise foi de ce qu'il a reçu ou qu'il n'ait dû savoir, en se dessaisissant, qu'il pouvait être tenu à restituer.

Sur la base des documents en sa possession, l'office de médiation partait du principe que le requérant était de bonne foi lorsqu'il a reçu ses indemnités journalières de maladie ; en sa qualité de chauffeur de taxi salarié, il ne pouvait savoir qu'il pouvait être tenu de restituer la somme, vu qu'il ignorait les arriérés de primes de son employeur. Par ailleurs, on pouvait supposer qu'il avait utilisé cet argent comme un moyen de subsistance. Le médiateur a ainsi recommandé à l'assureur de s'abstenir de récupérer cet argent. L'assureur a suivi cette recommandation après avoir réévalué sa position.

Secteur vie

Au cours de l'exercice 2020, le nombre de cas dans le secteur de l'assurance vie individuelle a de nouveau diminué (de 240 à 198). Seuls 13 cas (27) ont donné lieu à une intervention, avec un taux de réussite de 46%.

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

Pilier 3a : potentiel d'optimisation lors de la conclusion du contrat

Il y a encore un potentiel d'optimisation en matière de conseil lors de la conclusion d'une police 3a, notamment avec les travailleurs immigrés.

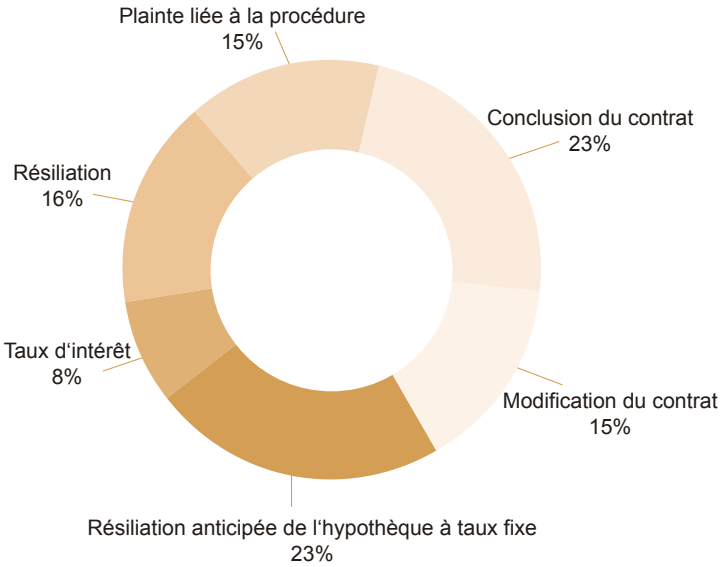
Tout comme lors des exercices précédents, nous avons traité des plaintes contre des assureurs vie concernant les polices 3a souscrites par de jeunes adultes ou par des travailleurs provenant de l'UE. Certains ont déploré le manque d'informations de la part de l'assureur lors de la conclusion du contrat. Beaucoup d'entre eux ignoraient qu'ils n'avaient

plus le droit de verser de primes dans leur pilier 3a après avoir cessé leur activité professionnelle en Suisse.

En effet, les versements dans le pilier 3a présupposent un revenu professionnel ou un revenu de substitution soumis à l'AVS. Ces informations sont bel et bien essentielles pour tous les assurés au bénéfice d'un pilier 3a. D'un point de vue juridique, le médiateur estime que, lors de la souscription d'un pilier 3a, les intermédiaires des assurances ne doivent pas se contenter de respecter les obligations prévues dans l'art. 3 LCA en matière d'information. Lorsqu'un individu entame des négociations contractuelles avec une tierce personne, il est tenu de lui fournir conformément au principe de la bonne foi toutes les informations légales, certes, mais aussi tous les éléments essentiels à la conclusion et au contenu du contrat. Concernant la prévoyance liée du pilier 3a, l'un de ces éléments est le fait que le versement des primes et donc le statut inchangé du contrat dépendent de la perception d'un revenu professionnel ou d'un revenu de substitution soumis à l'AVS, ainsi que de la possibilité de déduction fiscale à hauteur du montant autorisé (=prime) versé au pilier 3a. Les cotisations versées aux institutions de prévoyance ne peuvent pas dépasser un montant plus élevé qu'une déduction fiscale en vertu de l'art. 7, al. 1 OPP 3. L'autorisation de verser les primes est par conséquent essentielle pendant toute la durée du contrat.

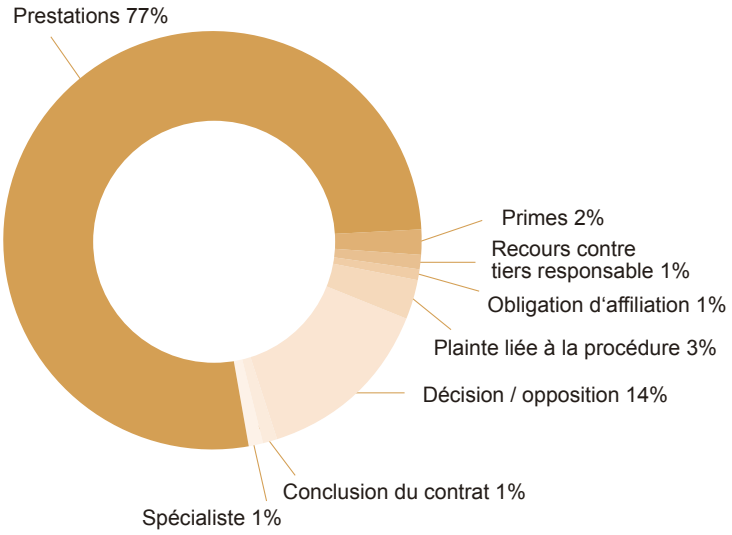
Recommandation aux assureurs vie:
Pour ne pas omettre ces éléments, le médiateur recommande aux assureurs d'intégrer systématiquement dans les documents de la proposition d'assurance ces informations importantes sur les conditions relatives au paiement des cotisations dans le pilier 3a.

Contrats de prêts hypothécaires



Au cours de l'exercice sous revue, nous n'avons reçu que 13 (14) requêtes concernant les contrats hypothécaires conclus avec des compagnies d'assurances. Conformément aux années précédentes, elles touchaient pour la plupart à des questions liées aux indemnités de résiliation et à la résiliation du contrat.

Le secteur LAA et l'assurance militaire



Au cours de l'exercice sous revue, 692 demandes ont été adressées à l'office de médiation, soit environ 20% de moins qu'en 2019 (869). Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement de 544 (704), 73 (74) et 75 (91). En 2020 également, les cas provenaient en majorité de Suisse alémanique (79%). Les demandes de Suisse latine ont représenté une proportion de 21%.

Dans la plupart des cas, le litige portait sur la causalité entre un accident et les problèmes de santé invoqués, suivie par les questions sur la notion d'accident, sur le traitement et sur les indemnités journalières.

Sur les 692 dossiers traités, 621 ont été directement réglés avec les requérants. L'office de médiation est intervenu dans 71 cas. Le résultat a été positif dans 35 (54,5 %) des 64 cas liquidés. Enfin, 28 cas (44%) ont obtenu un résultat négatif et un dossier (1,5%) a été classé comme « neutre ».

Accidents non professionnels : quel assureur est compétent lorsque plusieurs activités professionnelles sont exercées à temps partiel ?

En discutant avec les assureurs accidents, l'office de médiation a appris que les accidents non professionnels avaient augmenté au cours de l'exercice sous revue, notamment les accidents graves de vélo, et de vélo électrique en particulier. Cette situation est entre autres due aux changements des comportements en matière de mobilité et de loisirs induits par la pandémie, ainsi qu'au fait que de plus en plus d'assurés optent pour un vélo électrique.

L'office de médiation a également traité un dossier à ce sujet. Une psychiatre s'est grièvement blessée après avoir freiné trop brusquement pour éviter un animal.

Cette psychiatre était salariée à 80% (du lundi au jeudi) dans une clinique. Les vendredis, elle travaillait occasionnellement comme indépendante, activité qu'elle projetait de développer après son départ à la retraite. L'accident a eu lieu un samedi. La requérante a ensuite rempli un questionnaire à l'adresse de l'assureur accidents (de la clinique), où elle indiquait si elle avait d'autres employeurs ou si elle exerçait une activité indépendante. Elle devait également indiquer le dernier jour où elle a travaillé. Dans le questionnaire, la psychiatre a déclaré que son dernier jour de travail à la clinique était le jeudi. Puis, pour la forme, elle a ajouté que le

vendredi était le dernier jour consacré à son activité indépendante ; dans les faits, elle n'avait toutefois effectué aucune consultation ce jour-là.
Après avoir reçu le questionnaire en retour, l'assureur accidents de la clinique a informé la requérante qu'il n'était pas compétent pour ce cas, en vertu de l'art. 99, al. 2 OLAA, parce qu'elle avait travaillé comme indépendante en dernier lieu avant l'accident. Selon l'art. 99, al. 2 OLAA, en cas d'accident non professionnel, les prestations sont allouées par l'assureur de l'employeur pour lequel l'assuré a travaillé en dernier lieu en étant couvert pour les accidents non professionnels.

Dans le dossier qu'elle a adressé à l'office de médiation, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas travaillé le vendredi en question. Par ailleurs, elle s'est souvenue a posteriori que, le matin même de l'accident, elle avait fourni des conseils en urgence à une patiente qui lui avait téléphoné parce qu'elle avait des pensées suicidaires. La requérante assurait le suivi de cette patiente dans le cadre de son activité professionnelle à la clinique.

Dans son intervention auprès de l'assureur accidents, l'office de médiation a estimé que le facteur décisif était de déterminer pour qui la requérante avait effectivement travaillé en dernier lieu avant l'accident ; il n'y avait donc pas lieu de se baser sur la répartition théorique de ses heures de travail.

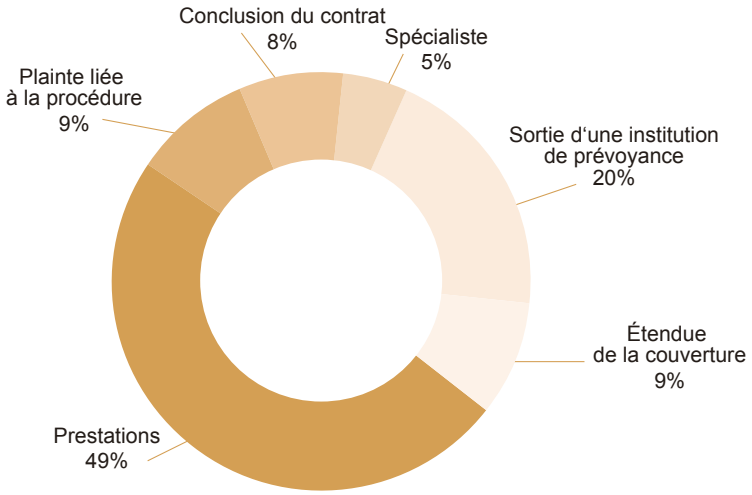
L'office de médiation a soulevé la question suivante : l'art. 99, al. 2 OLAA s'appliquait-il vraiment au cas en question ? En vertu de l'intitulé de l'art. 99 OLAA, il s'agit en effet d'une disposition légale concernant l'allocation des prestations en cas de pluralité d'employeurs. Or la requérante n'avait pas plusieurs employeurs, mais elle exerçait à titre très restreint une activité indépendante à côté de son activité salariée.

L'assureur accidents n'a pas commenté les arguments émis par l'office de médiation, mais il a reconnu son obligation de verser des prestations, car il s'est avéré que la requérante n'avait pas conclu d'assurance LAA facultative dans le cadre de son activité indépendante.

Une autre question qui mène souvent à des divergences est celle de la couverture ANP. L'art. 13 OLAA prévoit que les travailleurs à temps partiel occupés chez un employeur au moins huit heures par semaine sont également assurés contre les accidents non professionnels. Cela étant, ni la LAA, ni l'OLAA ne réglementent le calcul de la durée hebdomadaire moyenne de travail pour les travailleurs occupés de manière irrégulière. Toutefois, la Commission ad hoc Sinistres LAA a émis une recommandation en la matière il y a plusieurs décennies déjà (recommandation 7/87, révisée en 04.2019). Au cours de l'exercice précédent, l'office de médiation avait déjà traité plusieurs dossiers de travailleurs à temps partiel occupés de manière irrégulière, dont la couverture d'un accident non professionnel avait été refusée à tort par les assureurs.

Ces derniers ont corrigé leurs décisions litigieuses lorsque l'office de médiation s'est référé à la recommandation et leur a expliqué les bases de calcul. En règle générale, les assureurs suivent ainsi cette recommandation de la Commission ad hoc Sinistres LAA. L'office de médiation a toutefois l'impression que certains collaborateurs des compagnies d'assurances ignorent l'existence de cette recommandation. Dans un des cas nous ayant été soumis, l'assureur n'a pas corrigé son calcul même lorsque l'assuré lui a signalé cette recommandation. Il a donc fallu que le médiateur intervienne en personne pour obtenir une révision de son évaluation.

Le secteur de la prévoyance professionnelle



Le nombre de requêtes liées à la prévoyance professionnelle a augmenté de 54% par rapport à 2019. Au cours de l'exercice sous revue, 100 (65) 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 21 (43) cas concernant des caisses de pension autonomes qui n'ont pas pu être traités faute de compétence. Les cas provenant de Suisse alémanique, romande et italienne étaient respectivement au nombre de 75 (44), 12 (4) et 13 (17).

Dans ce secteur, 5 cas ont donné lieu à des interventions, avec 2 interventions positives et 3 interventions négatives.

Les cas qui nous ont été soumis ont souvent touché aux questions des prestations de libre passage ainsi que des rentes de partenaire.

Rente de partenaire LPP

Nous avons eu quelques dossiers à traiter qui tournaient autour de la question suivante : la partenaire d'un assuré LPP a-t-elle droit à une rente de partenaire après la mort de celui-ci, contrairement à l'avis émis par l'assureur LPP ?

Dans un de ces cas, l'assuré LPP est décédé à la mi-juin 2020. Il recevait une rente de la caisse de pension jusqu'à cette date. L'institution de prévoyance a ensuite refusé de continuer à verser une rente de partenaire à la requérante, au motif que, de son vivant, son partenaire n'avait pas rempli et soumis le formulaire attestant de leur communauté de vie.

La requérante était en désaccord parce qu'elle pensait être en mesure de prouver leurs 35 années de vie commune.

Après avoir examiné le dossier, l'office de médiation a été obligé d'informer la requérante que l'assureur LPP s'appuyait essentiellement sur le fait que le règlement pouvait bel et bien prévoir une telle disposition ; en effet, les prestations en faveur d'une personne en cas de décès de son partenaire constituent des droits réglementaires, et non pas légaux.

D'un point de vue juridique, l'office de médiation estime correct que le règlement soit déterminant et que le droit à une rente de partenaire ne découle pas automatiquement du décès du partenaire. Le règlement LPP applicable prévoit que ce droit ne peut être invoqué en cas de décès de l'assuré après son départ à la retraite que s'il avait déjà existé en cas de décès de l'assuré avant son départ à la retraite et si l'assuré percevait une rente de vieillesse jusqu'à sa mort.

Dans notre cas concret, le droit à une rente de partenaire n'aurait pas encore existé avant le départ à la retraite du partenaire décédé, sachant que ce dernier est parti à la retraite en 2003 déjà et que l'institution de prévoyance de la personne décédée n'accorde de rente de partenaire que depuis 2007. Après un examen approfondi de son dossier, nous avons donc informé la requérante que cette condition susmentionnée à une éventuelle rente de partenaire faisait défaut, et ceci indépendamment du formulaire manquant. En vertu du règlement LPP applicable, la partenaire survivante n'a pas non plus droit à des prestations si la rente de vieillesse a commencé à courir avant le 31.12.2006. C'était aussi le cas de son partenaire décédé, vu qu'il est parti à la retraite en 2003 déjà.

Dans ce cas précis, l'office de médiation n'a donc pas décelé la moindre perspective de succès dans une éventuelle intervention auprès de l'assureur LPP. Il n'y a pas de droit légal à une rente de partenaire et les exigences réglementaires concrètes étaient parfaitement compréhensibles à nos yeux, sachant qu'une institution de prévoyance doit calculer ses moyens financiers lors de l'introduction d'une rente de partenaire et que cela n'était pas le cas jusqu'au 31.12.2006.

Recommandation de l'office de médiation aux assurés LPP qui ne sont ni mariés, ni au bénéfice d'un partenariat enregistré, mais qui vivent ensemble :
Planifiez votre prévoyance vieillesse commune suffisamment tôt et vérifiez si le règlement LPP déterminant prévoit ou non une rente de partenaire. Si c'est le cas, vérifiez s'il y a obligation d'annoncer la communauté de vie avant le décès de l'assuré LPP et si le versement d'une rente de partenaire LPP en dépend.

Les bureaux décentralisés

Bureau décentralisé de Suisse italienne

Évolution des cas

En 2020, 364 requêtes ont été soumises au bureau de Lugano, ce qui constitue une petite hausse par rapport à l'exercice précédent (353).

Toutefois, compte tenu des 88 dossiers soumis liés à la pandémie de Covid-19, nous pouvons remarquer que la Suisse italienne affiche elle aussi un recul des demandes dans les autres domaines d'assurance. De l'avis de Me Cereghetti, les assurés ont sans doute centré leur attention sur la problématique du coronavirus, se détournant des autres thématiques.

Comme au cours des exercices précédents, la majorité des requêtes concernaient des dossiers relevant de la Loi sur le contrat d'assurance (LCA) ; le nombre de ces requêtes a augmenté, passant de 222 à 259.

Dans le secteur LAA, les cas soumis au bureau décentralisé ont reculé, passant de 88 à 73. Une proportion limitée des demandes concernait le secteur LPP où les chiffres sont également en baisse, passant de 17 à 13. Seules 2 demandes étaient liées au secteur hypothécaire et 2 autres à l'assurance militaire, tandis que 15 dossiers sortaient de notre sphère de compétence (par ex. les cas relevant de l'assurance maladie).

Tout comme au cours des années précédentes, le bureau décentralisé a été en mesure de régler une part importante des demandes directement par téléphone. Cela est dû au fait que les assurés ne connaissent pas leur contrat d'assurance dans sa totalité ou qu'ils disposent de trop peu de connaissances juridiques pour pouvoir juger correctement certaines questions concrètes. Le contact « direct » est donc particulièrement efficace dans ce genre de cas.

Au cours de l'exercice sous revue, les interventions en Suisse italienne ont augmenté, passant de 23 à 62, sachant que 45 d'entre elles ont pu être réglées dans le cadre des interventions groupées auprès des assurances épidémie. Les 9 autres interventions concernaient des problèmes avec les assurances voyage (3), l'assurance responsabilité civile (2), l'assurance protection juridique (1), l'assurance accidents (1), l'assurance éléments naturels (1) et l'assurance indemnités journalières en cas de maladie (1).

Par ailleurs, 6 interventions ont été répertoriées dans le secteur LAA / LAM et 1 intervention dans le secteur de la prévoyance professionnelle. Dans la plupart des cas, les problématiques soulevées concernaient l'étendue de la couverture, le montant des prestations d'assurance et des questions liées aux résiliations de polices d'assurance.

Constatation générale dans tous les secteurs d'assurance : les assurés disposent souvent de connaissances limitées concernant le contenu de leurs contrats d'assurance

De manière générale, Me Cereghetti a constaté au cours de l'exercice sous revue que les assurés connaissent mal la protection accordée par leur police d'assurance, et notamment l'étendue de la couverture et ses limites. Cela peut parfois entraîner des problèmes et des déceptions en cas de sinistre. Compte tenu de ses constatations, il estime essentiel que les consommateurs posent un regard critique sur leur contrat d'assurance avant de le signer.

Recommandations aux consommateurs avant de conclure un contrat d'assurance:

1. *Déterminez dans quel but vous avez besoin de l'assurance en question et / ou pour quels éléments vous souhaitez précisément être couverts.*
2. *Demandez-vous si vous voulez conclure le contrat en ligne ou si vous préférez bénéficier d'un conseil personnalisé avant la conclusion du contrat.*
3. *Vérifiez toujours que les documents contractuels (y compris les conditions générales d'assurance) répondent bel et bien à vos attentes et à vos besoins.*
4. *En cas de doute, posez des questions concrètes à votre assureur sur le contrat, le produit ou la couverture souhaitée. Il est recommandé d'effectuer toutes ces démarches par écrit ou par e-mail. Demandez une confirmation écrite ou*

électronique des promesses verbales qui vous ont été faites et qui ne sont pas présentes dans les documents du contrat.

5. *Contrôlez bien le contenu de la police d'assurance après l'avoir reçue et demandez une rectification éventuelle pouvant être justifiée (par ex. par e-mail) dans les 4 semaines suivant la réception, faute de quoi le contrat sera considéré comme approuvé selon l'art. 12 LCA.*

Secteur des assurances choses

Les demandes issues du secteur des assurances choses concernaient essentiellement des questions juridiques en lien avec la proposition d'assurance ainsi que le contenu et l'étendue de la couverture du contrat d'assurance. Les dossiers liés à la sous-assurance ont toutefois nettement reculé par rapport à l'exercice précédent. En cas de sous-assurance, 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.

Secteur de l'assurance protection juridique : les sinistres doivent être annoncés à l'assureur le plus tôt possible

Certaines requêtes concernaient des assurés au bénéfice d'une protection juridique qui, après un litige, n'ont pas pris le temps d'étudier les documents de leur contrat avant d'engager un avocat afin de déterminer clairement la marche à suivre en cas de besoin de protection juridique.

Persuadés de se trouver face à un cas couvert, un certain nombre d'assurés se sont ainsi adressés à un avocat sans avoir obtenu l'accord préalable de leur assureur protection juridique et ont annoncé le sinistre à ce même assureur avec un retard considérable. Ils se sont par conséquent vus par la suite opposer un refus de couverture, alors que leur cas aurait été couvert s'ils l'avaient annoncé à temps et de manière correcte (avant de faire appel à un avocat).

Recommandation aux assurés au bénéfice d'une assurance protection juridique :
Annoncez les litiges au plus vite à votre assurance protection juridique, à savoir dès l'apparition du besoin en protection juridique, et avant même de recourir à un avocat (exception faite des cas manifestement urgents, par ex. lorsqu'un délai de péremption risque d'être dépassé ; mais dans ces cas-là également, il faut annoncer le sinistre dès que possible, et au plus tard lorsque vous faites appel à un avocat).

Secteur de l'assurance protection juridique : la couverture d'assurance n'était pas valable sur le plan temporel dans de nombreux cas

Le bureau décentralisé a dû traiter plusieurs dossiers d'assurés ayant souscrit une assurance protection juridique après l'arrivée du problème juridique pour lequel ils voulaient recourir à l'aide de l'assureur protection juridique.

Si le problème pour lequel l'assurance protection juridique a été souscrite a déjà eu lieu avant la conclusion de la police, la compagnie d'assurances est en droit de refuser de couvrir le cas vu qu'il s'agit d'un sinistre préexistant. Conformément à la législation en vigueur dans l'art. 9 LCA, les sinistres déjà survenus ne peuvent pas être assurés. Il peut donc être utile de souscrire une assurance protection juridique afin d'être paré face aux éventuels problèmes juridiques susceptibles de se produire à l'avenir. Mieux vaut donc ne pas attendre qu'un cas existant risque de poser problème ou qu'un besoin concret en protection juridique se fasse sentir.

Assurance LAA

Dans le secteur LAA, une question litigieuse a souvent porté sur l'incapacité de travail invoquée consécutive ou non à un accident.

C'est à la personne assurée qu'il incombe d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident annoncé et les troubles de la santé qui ont entraîné son incapacité de travail. Le lien de causalité doit être prouvé par le biais du degré de la vraisemblance prépondérante.

Dans sa pratique, l'office de médiation doit souvent traiter des requêtes où, après examen du cas, l'assureur accidents estime que la causalité de l'accident n'est pas établie. Selon la jurisprudence, l'assureur accidents peut en principe se fonder sur ses évaluations médicales internes pour prendre ses décisions. Toutefois, en cas de doute concernant la fiabilité et la cohérence des résultats médicaux internes à l'assurance, il faut procéder à des vérifications complémentaires. Si un médecin spécialiste émet des objections concrètes et nuancées quant aux conclusions du médecin-conseil de l'assureur, il est normal de douter de leur pertinence.

Dans les cas où l'assureur accidents, se fondant sur le jugement de son médecin-conseil, estime que le lien de causalité entre l'accident et les problèmes de santé n'est pas prouvé avec une vraisemblance prépondérante, l'office de médiation exige en principe que l'assuré fournisse par ses propres soins un rapport médical établi par un spécialiste, et ceci en vue d'une éventuelle intervention du médiateur. Ce rapport doit démontrer de manière détaillée si et, le cas échéant, pourquoi le jugement du médecin-conseil de l'assureur est erroné ou incomplet d'un point de vue médical. L'office de médiation est une institution gratuite qui n'est pas en mesure de financer ce genre de rapports médicaux et autres expertises.

Lorsqu'un rapport médical est fourni et qu'il remet en question la position de l'assureur accidents avec des arguments valables à la clé, l'office de médiation peut lancer ses démarches auprès de l'assureur, ce qui aboutit souvent à des solutions à l'amiable.

Bureau décentralisé de Suisse romande

Un nouveau directeur à la tête du bureau décentralisé de Suisse romande depuis le 15 juin 2020

Suite au départ de Me Olivier Subilia après de longues années passées à la tête de notre bureau décentralisé romand, le Conseil de Fondation a nommé Me Johnny Dousse pour lui succéder. Me Johnny Dousse travaille comme avocat à Neuchâtel. Il est au bénéfice d'une longue et solide expérience en matière de droit des assurances, ce qui lui a permis de s'acclimater très vite à sa nouvelle mission de représentant de notre Fondation en Suisse romande. Il a effectué ses études de droit à Neuchâtel.

Évolution des cas

Au cours de l'exercice sous revue, le bureau décentralisé de Suisse romande, basé à Neuchâtel depuis le 15 juin 2020, a reçu 524 requêtes et plaintes. Cela représente 111 dossiers de plus qu'en 2018 et 91 de plus qu'en 2019. Cette hausse des cas s'explique par la crise sanitaire actuelle, qui s'est répercutée sur différents produits d'assurance, mais plus particulièrement sur les assurances épidémie et voyage.

Parmi ces cas soumis, 234 dossiers ont été traités par téléphone et 290 par écrit. Le nombre de demandes sortant de notre sphère de compétence s'est monté à 39.

Le nombre d'interventions est resté stable, se chiffrant à 32 en 2020 et à 31 en 2019. Le taux de succès des interventions reste très bon dans les 26 dossiers clôturés à fin 2020 : 20 interventions se sont soldées par un résultat positif, tandis que 6 autres ont été classées comme négatives et 1 dossier comme neutre. Cela correspond à un taux de succès de 77%. Tout comme pour les exercices précédents, ce sont les requêtes dans le secteur des assurances privées qui ont essentiellement donné lieu à des interventions (27).

Secteur des assurances privées

Au cours de l'exercice 2020, plus d'un quart des cas issus du secteur des assurances privées relevaient de l'assurance indemnités journalières en cas de maladie, soit 103 cas sur un total de 397. Beaucoup de ces dossiers, la moitié pour être précis, touchaient à des problèmes relatifs à la durée des prestations, jugée insuffisante par les assurés. Sur ces mêmes 103 dossiers, près d'un tiers d'entre eux (30) concernaient des problématiques liées à la conclusion, l'adaptation et le terme du contrat. Enfin, 11 cas soulevaient des questions de couverture litigieuses.

Conclusions en ligne : un cas particulier en rapport avec la numérisation

Le bureau décentralisé tient à faire état d'une intervention concernant un cas où l'assureur a publié sur son site Internet une publicité pour une entreprise de réparation de voitures. Cette publicité en ligne a incité un assuré à s'adresser à la société en question pour y faire réparer son véhicule.

L'assureur a cependant refusé ensuite de réduire la franchise de CHF 1000.-, comme prévu par le contrat, au motif que la réparation du dommage n'a pas été effectuée auprès d'un garage partenaire de l'assurance. Selon l'assureur, le client ne pouvait pas bénéficier de l'offre de la publicité vu que son contrat collectif prévoyait un autre garage partenaire. L'office de médiation est intervenu à deux reprises, mais l'assureur est resté sur sa position. Du point de vue de l'office de médiation, la plus grande prudence s'impose face à des publicités en ligne mises en avant. Lorsqu'un partenaire est présenté par ce biais, il faudrait aussi mentionner que des exceptions sont de mise et que la coopération avec ce partenaire n'est pas valable pour tous les contrats d'assurance. Cela permettrait d'éviter facilement des divergences de point de vue.

Hausse des plaintes liées à la réticence lors de la conclusion du contrat selon l'art. 6 LCA

Alors que Me Subilia, ancien responsable du bureau décentralisé romand, constatait en 2018 n'avoir reçu aucune plainte liée à la réticence, le bureau décentralisé s'est vu soumettre pas moins de 10 dossiers sur la question en 2020. Compte tenu de la jurisprudence stricte en la matière, Me Dousse conseille aux assurés de prendre contact avec leur médecin avant de remplir le questionnaire de l'assureur. En effet, mieux vaut investir un peu de temps et d'argent lors de la conclusion d'une assurance que de voir sa police résiliée en raison d'une réticence.

Crise sanitaire

Les cas soumis liés à l'assurance ménage ou entreprise se chiffrent à 68. La grande majorité de ces dossiers sont liés au coronavirus et portaient sur des questions de prestations d'assurance et de couverture d'assurance. Dans le secteur de l'assurance voyage, le bureau décentralisé a reçu plusieurs dossiers où un voyage avait été annulé en raison de la pandémie de Covid-19, que ce soit par le voyagiste ou par l'assuré lui-même. Ces différents cas ont été discutés avec l'Ombudsman de la branche suisse du voyage afin de convenir de la marche à suivre.

Secteur de l'assurance vie

Le secteur vie a généré pas moins de 40 demandes et plaintes. Les problèmes les plus fréquents concernaient la conclusion et le terme du contrat. Dans ce domaine-là aussi, la réticence selon l'art. 6 LCA a donné lieu à des réclamations. Pour le reste, ce sont essentiellement les prestations d'assurance qui ont posé problème. Il semblerait que, pendant la période du confinement, beaucoup d'assurés aient passé une partie de leur temps à étudier les avantages réels de leur assurance.

Bon nombre d'entre eux se sont montrés déçus, estimant que l'évolution des prestations ne correspondait pas à leurs attentes et à ce que les conseillers en assurance leur auraient fait miroiter. Visiblement, ils n'avaient pas pris le temps de lire attentivement les conditions générales d'assurance, qui traitent de la part de risque et des coûts. Compte tenu des conséquences de la réticence et de l'aspect lié à la prévoyance de ce genre de produit, Me Dousse émet la recommandation suivante aux assurés :

Recommandation aux assurés :
Prenez le temps de bien lire le questionnaire de santé et remplissez ce document essentiel avec votre médecin de famille, si possible. En d'autres termes, évitez de remplir et de signer immédiatement le questionnaire de santé en présence du conseiller en assurance. Vous réduirez ainsi le risque d'une éventuelle réticence lors de la conclusion du contrat selon l'art. 6 LCA.

Secteur protection juridique

Avec 30 dossiers sur environ 400 cas liés au secteur de l'assurance privée, les assurés au bénéfice d'une protection juridique ont continué à faire appel aux services du bureau décentralisé romand. Cela étant, un seul cas a donné lieu à une intervention et il a débouché sur un résultat positif pour le requérant.

Secteur LAA

Le nombre de cas soumis au bureau décentralisé dans le secteur LAA est resté pratiquement inchangé par rapport à l'exercice précédent : 73 cas, dont 31 qui ont été réglés par écrit. Parmi ceux-ci, 4 dossiers ont donné lieu à une intervention ; 2 d'entre eux ont connu une issue positive, 1 a été classé comme neutre et 1 n'était pas encore clôturé fin 2020. La majorité des cas (57) concernaient les droits aux prestations.

Pour des raisons compréhensibles aux yeux du bureau décentralisé, les assurés ne comprennent souvent pas que le principe du « post hoc, ergo propter hoc » ne s'applique pas dans le droit des assurances accidents. En effet, si une douleur ne s'est pas manifestée chronologiquement avant l'accident, cela ne signifie pas que l'accident l'a forcément provoquée. Les assurés ne comprennent pas (ou ont de la peine à comprendre) qu'un problème de santé initialement reconnu comme un accident soit soudainement qualifié de maladie après un certain temps, et ceci parce que, de l'avis du médecin-conseil de l'assureur, les suites de l'accident auraient déjà dû être guéries en l'absence de maladie préalable. Dans ce genre de cas, l'établissement d'un rapport par le médecin traitant ou même par un expert choisi par l'assuré lui-même est souvent le seul moyen de mettre les choses au clair, et de contester éventuellement le rapport du médecin-conseil ou de le remettre en question. Le différend qui résulte de cette situation est toutefois plus de nature médicale que d'ordre juridique.

Il faut ici de nouveau aborder la question de notre marge de manœuvre en matière de médiation. Dans le secteur LAA, le bureau décentralisé n'a pas été en mesure de traiter 13 sur 73 requêtes qui lui ont été adressées faute de compétence. En effet, l'office de médiation ne peut agir pour les dossiers LAA que tant qu'une décision susceptible de recours n'a pas encore été rendue. Trop souvent, les assurés demandent une décision afin de faire valoir leurs droits par le biais d'une opposition via l'office de médiation. Cette démarche constitue certes une solution possible, mais elle exclut le recours à l'aspect neutre de notre activité de médiation.

Me Dousse a constaté que certains assureurs LAA tendaient à suspendre leurs prestations ou à refuser le statut de la notion d'accident par un courrier, sachant que ce dernier se situe dans la zone grise entre une décision et une communication informelle. Ces assureurs utilisent d'ailleurs souvent le terme « décision » dans ce genre de courrier, bien qu'ils n'y fassent pas mention des voies de recours possibles.

Recommandation aux assureurs :
En cas de décisions informelles, l'office de médiation recommande aux assureurs d'indiquer clairement aux assurés qu'ils ont la possibilité de demander une décision formelle susceptible de recours dans un délai donné.

Cela simplifierait aussi la tâche de l'office de médiation, notamment pour les demandes téléphoniques où les assurés finissent par lire le courrier dans son intégralité. De cette manière, il serait beaucoup plus simple de déterminer si l'office de médiation est compétent ou non pour traiter tel ou tel dossier.

Autres activités

Au cours de l'exercice 2020, en raison du coronavirus, l'Ombudsman a été obligé de réduire fortement ses contacts personnels directs avec les directions et les interlocuteurs des compagnies d'assurances affiliées à notre Fondation. De très nombreuses visioconférences ont été organisées en contrepartie afin de discuter de questions fondamentales qui ne concernent pas seulement les affaires courantes. L'Ombudsman juge ces contacts particulièrement précieux et importants.

Au cours de l'exercice sous revue, l'office de médiation a entretenu ses contacts avec certains médias. Les entretiens réalisés dans ce cadre avaient essentiellement pour objet les assurances épidémie.

En 2020, le médiateur n'a pas été en mesure de se consacrer à ses contacts avec les médiateurs étrangers en raison du Covid-19, mais aussi à cause de son activité professionnelle très soutenue. Les rencontres internationales prévues ont quant à elles toutes été repoussées, sans exception.

Nouveautés au sein du Conseil de Fondation

La Fondation « Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva » est présidée par le conseiller aux États Matthias Michel depuis le 13 mars 2020. Il a succédé à cette date à Rolf Schweiger, ancien conseiller aux États, qui a quitté ses fonctions après 14 années de bons et loyaux services.

Le 13 mars 2020 également, les conseillers nationaux Christoph Eymann, Baptiste Hurni et Fabio Regazzi ont été élus au sein du Conseil de Fondation. Ils ont succédé à Francis Matthey (ancien conseiller d'État et ancien conseiller national), Chiara Simoneschi-Cortesi (ancienne présidente du Conseil national) et Daniela Schneeberger (conseillère nationale), dont certains étaient membres du Conseil de Fondation depuis de nombreuses années.

Le 13 mai 2020, Madame Nathalie Follonier-Kehrli a par ailleurs succédé à Monsieur Philippe Hebeisen en qualité de représentante du secteur de l'assurance privée au sein du Conseil de Fondation.

Nous remercions les anciens membres du Conseil de Fondation pour leur implication active et compétente en faveur de notre Fondation, pour leur indépendance ainsi que pour leur précieuse contribution au développement de l'office de médiation, qui fêtera bientôt ses 50 ans d'existence.

Le Conseil de Fondation garantit l'indépendance et la neutralité de l'office de médiation. Il est composé de huit membres qui, pour la plupart, n'ont aucun lien avec les assurances privées et la Suva. Parmi eux, six membres sont des personnalités indépendantes qui font ou qui ont fait partie de l'Assemblée fédérale en qualité de membres de différentes fractions.

Fondation Ombudsman de l'assurance privée et de la Suva

Le Président

Matthias Michel

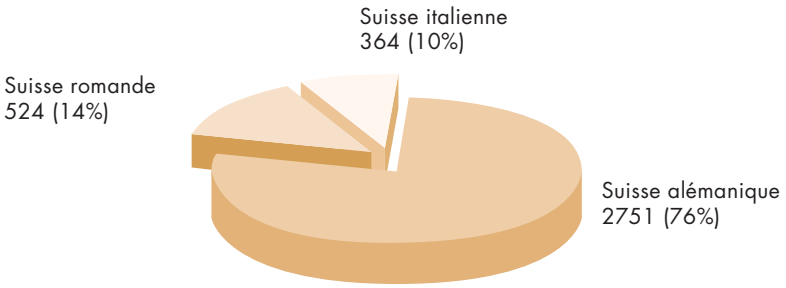
L'Ombudsman

Martin Lorenzon

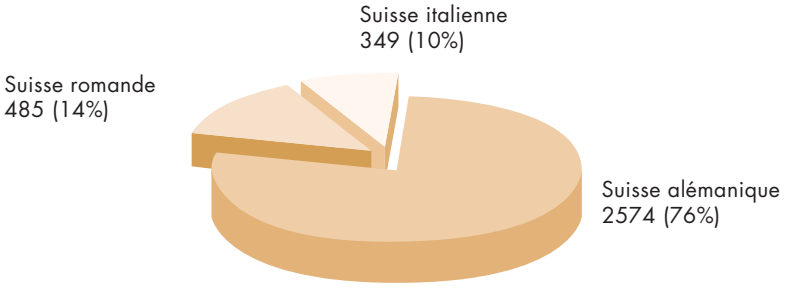
Zurich, mars 2021

Les statistiques 2020

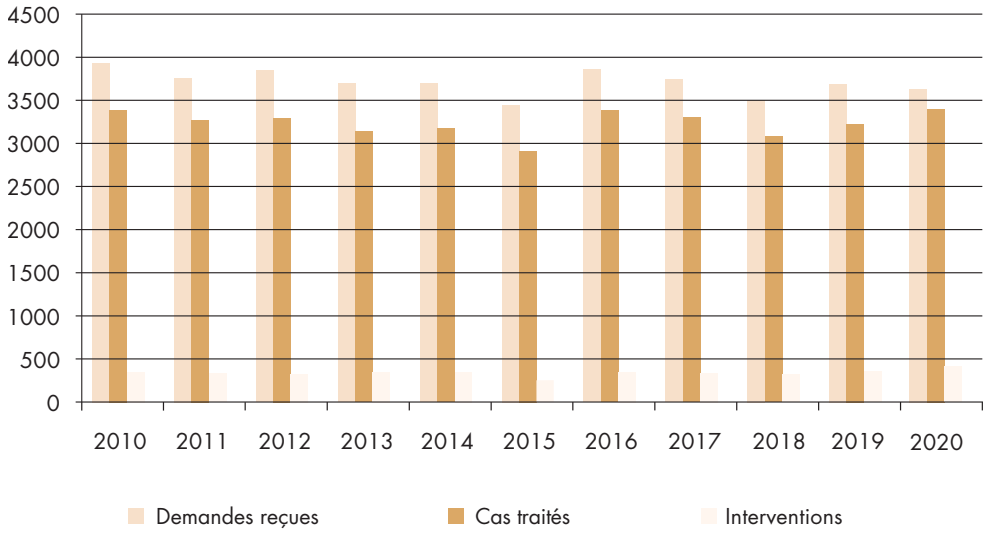
Statistique par régions : demandes reçues



Statistique par régions : cas traités



Activité de 2010 à 2020



Sociétés affiliées de A à Z

(état au mars 2021)

ACE Assurances (maintenant Chubb Assurances (Suisse) SA)
Agrisano Assurances SA (excepté assurances LAMal et complémentaires)
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 (Vaudoise)
Appenzeller Versicherungen
Aspecta (act. Youplus Insurance)
Assista Protection juridique SA (anc. Assista TCS SA)
Assurances des Médecins suisses
Assurance des Métiers Suisse
Assurance Militaire
AXA ARAG
AXA Partners (anc. Genworth)
AXA
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 (excepté assurances LAMal, complémentaires et indemnités journalières)
DAS (act. CAP Protection juridique)
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 (excepté assurances LAMal et complémentaires)
Groupe Mutuel Vie GMV SA
GVB Assurances privées 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 (excepté assurances LAMal et complémentaires)
Inter Partner Assistance
Lloyd's, London, ZN Zurich
La Mobilière
La Mobilière Vie
Mannheimer
Mondial Assistance (act. Allianz Global Assistance)
Mutuel Assurances SA (excepté assurances LAMal et complémentaires)
Nationale Suisse (act. Helvetia)
Orion
Palladio Assurances SA
Pax
Phenix (act. Helvetia)
Protekta
Providentia (act. La Mobilière Vie)
Rentes Genevoises
Retraites Populaires
Sanitas assurance privée SA (excepté assurances LAMal et complémentaires)
Skandia Vie SA
smile.direct assurances (anc. Coop)
Suisse Grêle
Suva
SWICA (excepté assurances LAMal et complémentaires)
Swiss Life
Sympany (excepté assurance LAMal et complémentaires)
TAS Assurances SA (anc. TCS Assurances SA)
TCS Assurances SA (act. TAS Assurances SA)
TSM
UBS Life SA (act. Skandia)
UNIQA
USS Assurances
Vaudoise Générale
Vaudoise Vie
Visana Assurance SA (excepté assurances LAMal, complémentaires et indemnités journalières)
VZ Pool d'Assurance SA
Winterthur ARAG (act. AXA ARAG)
XL Assurance Suisse SA
XL Insurance Company SE
Youplus Insurance International AG (anc. Aspecta)
Zenith Vie (act. Palladio)
Zurich
Zurich Vie

www.deux-piece.ch

Ombudsman
de l'assurance privée et de la Suva
Ruelle William-Mayor 2
Case postale 2252
2001 Neuchâtel 1

Tél: 076 651 41 65
Fax: 044 212 52 20

Ombudsman
der Privatversicherung und der Suva
Postfach 1063
8024 Zürich
Tél: 044 211 30 90
Fax: 044 212 52 20

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

Tél: 091 967 17 83
Fax: 091 921 13 02

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